



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

SHIRLEY VERONICA ALVES FRANCO

**Os desafios do usuário do Município de Campinas para conseguir realizar
uma cirurgia cardíaca.**

CAMPINAS

2020

SHIRLEY VERONICA ALVES FRANCO

OS DESAFIOS DO USUÁRIO DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS PARA
CONSEGUIR REALIZAR UMA CIRURGIA CARDÍACA.

Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos
exigidos para a obtenção do título de Mestra em Saúde Coletiva:
Políticas e Gestão em Saúde, na área de Política, Gestão e
Planejamento

ORIENTADOR: Prof. Dr. Gustavo Tenório Cunha

ESTE TRABALHO CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA
ALUNA SHIRLEY VERONICA ALVES FRANCO,
E ORIENTADA PELO
PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA.

CAMPINAS

2020

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

Franco, Shirley Veronica Alves, 1978- F849d

Os desafios do usuário do município de Campinas para conseguir realizar uma cirurgia cardíaca / Shirley Veronica Alves Franco. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Gustavo Tenório Cunha.

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Acesso aos serviços de saúde. 2. Atenção secundária à saúde. 3. Assistência à saúde. I. Cunha, Gustavo Tenório, 1969-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: The challenges of the user in the municipality of Campinas toget carrying out a heart surgery

Palavras-chave em inglês: Access to health service Secondary care Delivery of health care

Área de concentração: Política, Gestão e Planejamento

Titulação: Mestra em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Banca examinadora: Gustavo Tenório Cunha [Orientador]

June Barreiros Freire

Renata Pascoal Freire

Ricardo José Oliveira Mouta

Data de defesa: 21-02-2020

Programa de Pós-Graduação: Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

– ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-9722-9789>

– Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/4593269941417299>

NESTA PÁGINA DEVE CONSTAR A FOLHA DE APROVAÇÃO, DANDO VISIBILIDADE À COMISSÃO EXAMINADORA

COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE MESTRADO

SHIRLEY VERONICA ALVES FRANCO

ORIENTADOR: PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA

MEMBROS TITULARES:

- 1. PROF. DR. GUSTAVO TENÓRIO CUNHA**
- 2. PROFA. DRA. RENATA PASCOAL FREIRE**
- 3. PROFA. DRA. JUNE BARREIROS FREIRE**
- 4. PROF. DR. RICARDO JOSÉ OLIVEIRA MOUTA**

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva: Políticas e Gestão em Saúde da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da FCM.

Data de Defesa: 21/02/2020

Aos meus pais, Cícero e Maria Clária, por sempre acreditarem em mim e por terem abdicado de suas vidas em prol das realizações e da felicidade de seus filhos.

Ao meu amado esposo Marcel e à minha filha Lívia, por todo amor, incentivo, apoio e compreensão. Nada disso teria sentido se vocês não existissem na minha vida

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela dádiva da vida e por me permitir realizar tantos sonhos nesta existência. Obrigado por me permitir errar, aprender e crescer, por Sua eterna compreensão e tolerância, por Seu infinito amor, pela Sua voz “invisível” que não me permitiu desistir e principalmente por ter me dado uma família tão especial, enfim, obrigado por tudo.

Ao Prof. Gustavo Tenório, pela orientação, competência, profissionalismo e dedicação tão importantes.

Aos membros da banca examinadora, Prof^a June Barreiros Freire, Prof^a Renata Pascoal Freire e Prof. Ricardo José Oliveira Mouta, que tão gentilmente aceitaram participar e colaborar com esta dissertação. À Prof^a June, agradeço ainda pelas conversas breves, porém importantíssimas.

Aos Professores do Departamento de Saúde coletiva, pela dedicação, competência, apoio e todo conhecimento compartilhado. Ao Renato, mais que secretário, verdadeiras anjo da guarda.

Aos amigos Dayana, Fernanda, Elisa e Murilo, pelos trabalhos e disciplinas realizados em conjunto e, principalmente, pela preocupação e apoio constantes.

Aos colegas do DGDO – SMS Campinas, em especial, a minha diretora Érika Guimarães pelas leituras, revisões, questionamentos e discussões sempre tão produtivas, e a minha colega Linamara Fernandes pelas revisões e por dividir um pouco do seu conhecimento.

Agradeço também a toda equipe da CSAPTA, em especial a Edneide Sábio, por enviar todas as documentações necessárias para o andamento da pesquisa, sempre de forma ágil.

À minha mãe e ao meu pai deixo um agradecimento especial, por todas as lições de amor, companheirismo, amizade, caridade, dedicação, abnegação, compreensão e perdão que vocês me dão a cada novo dia. Sinto-me orgulhoso e privilegiado por ter pais tão especiais.

Ao meu amado esposo Marcel, por todo amor, carinho, compreensão e apoio em tantos momentos difíceis desta caminhada. Obrigada por permanecer ao meu lado, mesmo sem os carinhos rotineiros, sem a atenção devida. Obrigada pelo presente de cada dia, pelo seu sorriso e por saber me fazer feliz.

À minha filha Lívia, por todo amor incondicional que você sempre me deu. Inúmeras foram os momentos de lazer perdidos e vezes que teve que acompanhar a mamãe na escola (UNICAMP). Sou feliz por você fazer parte da minha vida. A sua existência é o reflexo mais perfeito da existência de Deus.

Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

“Comece fazendo o que é necessário, depois o que é possível, e de repente você estará fazendo o impossível.”

São Francisco de Assis

RESUMO

Estima-se que 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2015, representando 31% de todas as mortes em nível global. As doenças cardiovasculares são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos e incluem: Doença coronariana, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, cardiopatia congênita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar. A enfermidade cardíaca desencadeia, em muitas situações, a necessidade de procedimento cirúrgico. O presente estudo visa desenhar quais os caminhos, percepções e vivência que os pacientes com diagnóstico de doença cardiológica percorreram na busca por tratamento, até a realização do procedimento cirúrgico no município de Campinas/SP, e tem como objetivo principal compreender a vivência, interpretações, facilidades e barreiras encontradas no acesso aos serviços de saúde por pacientes operados por doenças cardiológicas. Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, que usa como principal foco de interesse a trajetória de pessoas em busca de atenção aos seus problemas de saúde. Foi aplicado um roteiro de entrevista semi-estruturado em 29 moradores de Campinas que foram submetidos à cirurgia Cardíaca, no Hospital e Maternidade Celso Pierro, e que foram faturadas entre meses de setembro e dezembro de 2018. O presente estudo apresentou a trajetória de alguns indivíduos durante o tratamento da doença cardíaca que culminou na cirurgia. Durante essa trajetória foi possível observar que grande parte dos indivíduos operados eram homens, em relação a escolaridade, quase a metade tinha cursado o fundamental incompletamente e que um terço dos entrevistados estavam aposentados. Foi visto que quase a metade dos pacientes (41%) não teve um diagnóstico antes da cirurgia, um grande número de entrevistados foi submetido à cirurgia em caráter de emergência e a longa duração das internações que alguns entrevistados tiveram. Os itens Amnésia pós-trauma e o crescimento das clínicas populares ocupando as lacunas deixadas pelo sistema também foram discutidos. Através desse estudo foi possível observar algumas barreiras que estes indivíduos tiveram que atravessar para acessar a rede e conseguir o tratamento para sua patologia, também foi levantada a questão dos custos gerados pelo grande volume de cirurgias de emergências, longos períodos de internação e do aumento de espera, para realização da cirurgia, dos pacientes estáveis. A necessidade de reformulação de protocolos e fluxos, no município e na região, ficou evidente na conclusão do estudo.

PALAVRAS CHAVES: Acesso aos serviços de Saúde, Atenção secundária, Redes de cuidados continuados de saúde.

ABSTRACT

It is estimated that 17.7 million people died from cardiovascular diseases in 2015, representing 31% of global deaths. Cardiovascular diseases are a group of diseases related to heart and blood vessels which includes: Coronary heart disease, cerebrovascular disease, peripheral arterial disease, rheumatic heart disease, congenital heart disease, deep vein thrombosis and pulmonary embolism. Heart diseases often arises the need of surgical procedure. The present study aims to draw the paths perceptions and experience that patients diagnosed with cardiac diseases went through in the search for treatment, up to surgical procedure performed in the city of Campinas São Paulo State, and its main goal is to understand the experience, interpretations, feasibility and barriers met in accessing health services by those patients. It is a descriptive, exploratory study with a qualitative approach, using as reference the patients' journey in the search of attention to their health problems. A semi-structured interview script was done with 29 residents of Campinas who went through cardiac surgery at the Celso Pierro Hospital and Maternity Hospital billed between September and December 2018. The present study presents the trajectory of some individuals during the treatment of heart diseases culminating into surgery. Through out this study was possible to see that most of the operated individuals were men, almost half them had uncompleted elementary school and a third of them were retired. It was noticed that almost half of the patients (41%) did not have diagnosis before surgery, a large number of them went through emergential surgery, and some of them had long duration hospitalizations. Items such as post-traumatic amnesia and the growth of popular clinics filling the gaps left by the system were also discussed. Through this study was possible to observe some barriers faced by these individuals in order to access the network and get treatment for their pathologies, the issue of costs generated by the large number of emergency surgeries, long periods of hospitalization and the increasing waiting periods for stable patients to go into surgery. The need to reformulate protocols and flows, in the municipality and in the region was evident in the conclusion of the study.

KEY WORDS: Access to Health Services, Secondary Care, Continuing Health Care Networks.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Imagem 1 - Gênero dos Entrevistados	39
Imagem 2 - Entrevistados por Distrito de Saúde	40
Imagem 3 – Raça/Cor dos Entrevistados	41
Imagem 4 - Escolaridade	42
Imagem 5 - Diagnóstico Pré-Cirúrgico	44
Imagem 6 - Tipos de Cirurgias	46
Imagem 7 - Trajetórias de Retorno à Campinas	49

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIH – Autorização de Internação Hospitalar

AVC – Acidente Vascular Cerebral

C.S. – Centro de Saúde

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CSAPTA – Coordenadoria Setorial de Avaliação de Produção Técnico Assistencial

CSRA – Coordenadoria Setorial de Regulação e Acesso

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DEAR-SUS – Departamento de Auditoria e Regulação do Sistema Único de Saúde

DEVISA – Departamento de Vigilância a Saúde.

DGDO – Departamento de Gestão e Desenvolvimento Operacional

DRS – Diretoria Regional de Saúde

ENSP – Escola Nacional de Saúde Pública

eSUS – SUS eletrônico (Software público)

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

GEMM – Gestão Estratégica de Materiais e Medicamentos

HC – Hospital das Clínicas

HMCP – Hospital e Maternidade Celso Pierro

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INCA – Instituto Nacional do Câncer

MS – Ministério da Saúde.

OMS – Organização Mundial de Saúde

PUCC – Pontifícia Universidade Católica de Campinas

RVM – Revascularização do Miocárdio

SIGA – Sistema Integrado de Gestão de Agenda

SUS – Sistema Único de Saúde

UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo

UPA – Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 - APRESENTAÇÃO	14
2 - INTRODUÇÃO.....	17
3 - OBJETIVO	22
3.1 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
4 – PERCURSO METODOLOGICO	23
4.1 – REFERENCIAIS METODOLÓGICOS	23
4.2 - POPULAÇÃO	24
4.3 – LIMITAÇÕES DA PESQUISA	25
4.4 - ASPECTOS ÉTICOS.....	25
4.5 - ROTEIRO PARA ENTREVISTA	26
4.6 – CAMPO	28
4.7 – ORÇAMENTO.....	32
4.8 – ESTRATÉGIAS PARA COLETA DE DADOS	33
-Caso 1 – Sr. Baiano	35
4.9 – DEVOLUTIVA PARA O MUNICÍPIO	38
5 – CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO ENTREVISTADA.....	39
6 – ACHADOS DA PESQUISA.....	43
6.1 – INFORMAÇÕES REFERIDAS SOBRE DIAGNÓSTICO	43
6.2 – CIRURGIAS DE EMERGÊNCIA	45
6.3 – INTERNAÇÃO DE LONGA DURAÇÃO	47
-Caso 2 – Construindo em Limeira	50
6.4 – AMNÉSIA PÓS TRAUMA.....	52
6.5 – PLANO DE SAÚDE E CLÍNICAS POPULARES.....	55
-Caso 3 – Exame de Esteira alterado	60
7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	63
-Caso 4 – Ter um amigo médico é sempre bom.....	65
-Caso 5 – Maria, do Centro de Saúde até a cirurgia Cardíaca... ..	67
8 - REFERÊNCIAS	69
9 - APÊNDICE.....	73

1 - APRESENTAÇÃO

Sou Fluminense, nascida em Duque de Caxias, cidade que faz parte da região metropolitana do Rio de Janeiro, mais conhecida como Baixada Fluminense. Comecei a minha vida acadêmica cursando Enfermagem na Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 1999.

Durante a graduação pude experimentar os sabores da vida hospitalar através dos vários hospitais, públicos e privados, por onde passei durante os estágios e o internato. Nesse período comecei a me aproximar da cardiologia através das vivências no Hospital Universitário Pedro Ernesto e Hospital Pró Cardíaco. Ao mesmo tempo, a faculdade me proporcionava experiências maravilhosas na atenção básica do município do Rio de Janeiro, além das aulas e discussões com grandes pesquisadores da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP-Fiocruz. Nesse período me apaixonei pela Saúde Pública e pelo SUS.

Formei-me em 2004 e logo fui admitida no Hospital São Vicente de Paulo, um hospital privado situado na Tijuca, zona norte do Rio de Janeiro. O primeiro setor que trabalhei nesse hospital foi a emergência, com a recém-inaugurada unidade para atendimentos de paciente com dor no peito. Era uma área com boxes equipados com tudo que era necessário para atender um paciente com suspeita de infarto. Protocolos para atendimento ao paciente com dor no peito foram implementados e toda equipe foi treinada.

Com essa vivência, decidi aprimorar os meus conhecimentos e fiz o curso de especialização de Enfermagem em Cardiologia pela Escola de Enfermagem Anna Nery – Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Os

anos foram passando e tive a necessidade de mudar de setor, passei um breve período pela clínica médica desse mesmo hospital e por fim, fui para o centro cirúrgico. Nesse setor voltei a ter um contato mais intenso com a cardiologia através das cirurgias cardíacas que eram realizadas rotineiramente.

Os conhecimentos já adquiridos e a facilidade com o assunto me proporcionou a proximidade com a equipe de cirurgia e logo virei aprendiz de perfusão cardíaca. Em 2009 fui convidada para trabalhar no Instituto Nacional do Câncer (INCA), através de um contrato temporário, também no centro cirúrgico, que estava passando pelo processo de certificação chamado ACREDITAÇÃO. Nesse período tive que me afastar da atividade de perfusionista, mas, como ainda continuava trabalhando no Hospital São Vicente de Paulo, o contato com a cardiologia e cirurgia cardíaca se dava a cada plantão.

No início de 2010, fiz o concurso para o município de Campinas e assumi o cargo em setembro do mesmo ano. A rotina de trabalho, porém, seria muito diferente, pois então, trabalharia em um Centro de Saúde. Ainda perdida, fora da rotina hospitalar, fui acolhida pela equipe do Centro de Saúde Oroszimbo Maia, que está situado no distrito Sul da cidade de Campinas, e logo achei uma afinidade com a minha prática anterior, assumi a tão famosa caixinha do HiperDia, e junto com a médica clínica da equipe montamos uma estratégia para atualizar o cadastro já existente e cadastrar novos pacientes. Elaboramos um protocolo para a equipe com classificação de risco para os pacientes, retorno em consultas de enfermagem e médica baseadas nessa classificação, participação em grupos e busca ativa dos faltosos.

Durante a minha passagem por esse Centro de Saúde, que durou 4 anos, fiz a minha especialização em Saúde da Família pela Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP. Após esse período, fui viver novas experiências no Centro de Saúde Taquaral, lá, também me empenhei em organizar os hipertensos e diabéticos, mas dessa vez não apenas dentro de uma única equipe. Conseguimos padronizar a experiência que tive no Centro de Saúde anterior, para todas as cinco equipes do CS Taquaral. Nesse período tive a oportunidade de fazer uma especialização em gestão de serviços de saúde pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP e como trabalho de conclusão de curso desenvolvi uma proposta de avaliação sócio biológica para hipertensos e diabéticos como forma de classificar o risco desse paciente que é acompanhado pela atenção básica, envolvendo não apenas o médico na classificação, mas, também, os outros atores que rotineiramente acompanhavam o indivíduo portador de uma dessas patologias, principalmente os agentes comunitários de saúde. Esse score foi aplicado com sucesso em uma das equipes.

Após três anos e meio de trabalho e intensa aprendizagem no C.S. Taquaral recebi o convite para compor a equipe do Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional – DGDO e ali assumi como Responsável Técnica de Convênios. Desde então comecei a acompanhar a elaboração de fluxos para os mais diversos segmentos entre a atenção básica e a hospitalar e, ainda, outras questões pertinentes a gestão dos serviços conveniados do município de Campinas.

Nessa nova atividade, pude identificar o cenário onde vários pacientes inflavam a fila para a cirurgia cardíaca, regulada através da Coordenadoria

Setorial de Regulação de Acesso – CSRA, cujo sistema utilizado não permite uma classificação de risco viva. Ainda, pude verificar os constantes questionamentos levantados pelos gestores acerca dos motivos para a demanda reprimida nessa especialidade.

Toda a experiência profissional acumulada, somada às atividades que hoje desempenho me motivaram a desenvolver a presente pesquisa, atenta ao grande desafio de promoção ao acesso qualificado para a cirurgia cardíaca.

2 - INTRODUÇÃO

As doenças cardiovasculares são apontadas como a principal causa de morte. Estima-se que 17,7 milhões de pessoas morreram por doenças cardiovasculares em 2015, representando 31% de todas as mortes em nível global.¹ Desses óbitos, 7,4 milhões ocorrem em virtude de doenças cardiovasculares e 6,7 milhões, de acidentes vasculares cerebrais (AVCs).¹ A OMS destaca que as doenças cardiovasculares representam quase um terço dos óbitos em todo o mundo, dos quais 80% ocorreram nos países em desenvolvimento e acometeram igualmente homens e mulheres. Nesses países as pessoas estão mais expostas a fatores de risco e possuem menos acesso a serviços de saúde efetivos e equitativos, que incluem a detecção precoce de doenças cardiovasculares.²

As doenças cardiovasculares são um grupo de doenças do coração e dos vasos sanguíneos e incluem: doença coronariana, doença cerebrovascular, doença arterial periférica, doença cardíaca reumática, cardiopatia congênita, trombose venosa profunda e embolia pulmonar.¹ De 1993 a 1997, as

internações por essas doenças corresponderam a 1,0% do total e a 3,3% dos gastos do SUS, sendo a angina responsável por 53,3% e o infarto por 26,6% das causadas por doenças isquêmicas do coração; as internações por infarto foram mais comuns em homens e por angina em mulheres.²

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia, a estimativa dos custos diretos do setor público com doenças cardiovasculares no Brasil de 2010 a 2015 teve um aumento estimado em relação às consultas cardiológicas de aproximadamente R\$ 1,2 para 1,5 bilhões de reais.³ O custo das internações por doenças cardiovasculares é considerado o maior dentre as causas de internações hospitalares no Brasil, com destaque para as doenças isquêmicas do coração e as doenças cerebrovasculares.¹

Há também um número de determinantes subjacentes das doenças cardiovasculares. Elas são um reflexo das principais forças que regem mudanças sociais, econômicas e culturais como globalização, urbanização e envelhecimento da população. Outras determinantes dessas enfermidades incluem pobreza, estresse e fatores hereditários.¹ O acesso ao diagnóstico precoce, à prevenção e ao tratamento adequado após a ocorrência de um infarto agudo do miocárdio tem contribuído para a redução da mortalidade por doenças cardiovasculares.⁴

A enfermidade cardíaca desencadeia, em muitas situações, a necessidade de procedimento cirúrgico, considerado de alto risco principalmente pelas complicações e intercorrências no pós-operatório. Na literatura especializada é conferido destaque a três tipos de cirurgia cardíaca: corretoras (fechamento de canal arterial, de defeito de septo atrial e ventricular), reconstrutoras (revascularização do miocárdio, plastia de valva

aórtica, mitral ou tricúspide) e substitutivas (trocas valvares e transplantes), sendo a Revascularização do Miocárdio (RVM) o tipo mais comum de cirurgia reconstrutora.⁵ Pode ser incluído nesse rol a implantação de marcapasso, correção da dissecção de aorta e angioplastia.

A Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade institui por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade Cardiovascular, que serão compostas por serviços de assistência de Alta Complexidade Cardiovascular, situados em Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular, no território nacional.⁶ A atenção cardiovascular no SUS envolve ações das três esferas e deve ser estruturada, iniciando pela atenção básica, de forma regionalizada e hierarquizada, como está proposto pela Portaria GM/MS n. 1.169/2004, que instituiu a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade.⁷

Os principais objetivos da Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade são: organizar uma linha de cuidados que envolva todos os níveis de atenção (básica e especializada de média e alta complexidade), ambulatorial e hospitalar, assistência farmacêutica, atenção às urgências e emergências), privilegiando o atendimento humanizado; constituir redes estaduais ou regionais, hierarquizadas e organizadas, garantindo o acesso e o atendimento integral; ampliar a cobertura do atendimento aos portadores de doenças cardiovasculares; desenvolver mecanismos de avaliação, controle, regulação e monitoramento dos serviços de atenção cardiovascular; criar uma câmara técnica para acompanhar a implantação e implementação dessa política.⁸

As ações e procedimentos considerados de média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar constituem-se um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para a garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, esse componente consome em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde (Média e Alta Complexidade – MAC e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – Faec).⁷ Os procedimentos da alta complexidade encontram-se relacionados na tabela do SUS, em sua maioria no Sistema de Informação Hospitalar (SIH), e estão também no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) em pequena quantidade, mas com impacto financeiro extremamente alto, como é o caso dos procedimentos de diálise, quimioterapia, radioterapia, hemoterapia e cirurgia cardíaca.⁹ Já a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que se propõem atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demande a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.⁷

A Constituição Federal Brasileira define que *“a saúde é direito de todos e dever do Estado”* e a Lei Federal n. 8.080/1990, que regulamentou o SUS, prevê em seu Artigo 7º, como princípios do sistema, entre outros: *I – universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; II – integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema; (...)*. O SUS, assim, deve enfrentar um duplo desafio:

abrir as portas do sistema para garantir o atendimento à população historicamente desassistida em saúde e, ao mesmo tempo, implantar redes de atenção à saúde que possam dar conta das necessidades de atendimento. Daí a importância de se compreender a atenção básica como o eixo orientador do SUS e nunca como barreira limitante ou exclusiva do sistema.⁷

A citação dessas definições não tem o objetivo de fixar uma “relação definitiva” de média e alta complexidade de atenção à saúde, mas, antes, demonstrar as dificuldades que essas áreas de atenção representam ao SUS: sua visão foi desde sempre fragmentária, um conjunto de procedimentos relacionados nas tradicionais “tabelas de procedimentos do sistema”, ambulatorial ou hospitalar, selecionados por exclusão, isto é, são os procedimentos que “não cabem” nas unidades básicas de saúde e na atenção primária em saúde, pelos custos ou densidade tecnológica envolvida.⁷

O presente estudo se propõe evidenciar os caminhos, percepções e vivências que os pacientes com diagnóstico de doença cardiológica percorrem desde a busca por tratamento até a realização do procedimento cirúrgico. Os trechos do caminho percorrido por esses pacientes e desvendados no presente estudo, indicam a necessidade de aprimoramento da gestão municipal, contribuição que se espera com essa pesquisa. Nesse caminho, estão contempladas as várias vias, algumas não oficiais, que esses personagens percorrem para obter a resolução do seu problema e as barreiras que têm que superar, revelando a necessidade de adequações dos fluxos e rotinas dos serviços de saúde do município.

A integralidade da atenção é um eixo prioritário da investigação e avaliação dos serviços e dos sistemas de atenção à saúde, estruturados como

redes assistenciais interorganizacionais que articulam as dimensões clínicas, funcionais, normativas e sistêmicas em sua operacionalização, reconhecendo que nenhuma organização reúne a totalidade dos recursos e as competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população, em seus diversos ciclos de vida.¹⁰

É indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. Isso se fará por meio de um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado – ligados por corredores virtuais que ultrapassem, de fato, as fronteiras municipais com vistas à otimizar recursos, e ampliação das oportunidades de cuidados adequados.¹¹

3 - OBJETIVO

Compreender a vivência, interpretações, facilidades e barreiras encontradas no acesso aos serviços de saúde por pacientes operados por doenças cardiológicas.

3.1 – Objetivos específicos

- Identificar a influência do contexto sócio econômico no acesso às ações de saúde;
- Descrever as percepções e experiências em relação ao processo saúde-doença, às escolhas terapêuticas e à qualidade da atenção recebida.

4 - PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 – Referenciais Metodológicos

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório com abordagem qualitativa, que usa como principal foco de interesse a trajetória de pessoas em busca de atenção aos seus problemas de saúde. As pesquisas descritivas têm como finalidade principal a descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou o estabelecimento de relações entre variáveis.¹² Esse tipo de pesquisa busca descrever um fenômeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos.¹³

A pesquisa exploratória, ou estudo exploratório, tem por objetivo conhecer a variável de estudo tal como se apresenta, seu significado e o contexto onde ela se insere. É possível definir ainda que o estudo exploratório é um estudo preliminar realizado com a finalidade de melhor adequar o instrumento de medida à realidade que se pretende conhecer.¹⁴ Este estudo tem por finalidade evitar que as predisposições não fundadas no repertório que se pretende conhecer influam nas percepções do pesquisador e, conseqüentemente, no instrumento de medida.¹⁴

Como matriz, que inspirou o conjunto de questões para a elaboração do roteiro semi-estruturado da entrevista, foram utilizadas: a Portaria GM/MS n. 1169, de 15 de junho de 2004, que institui a Política Nacional de Atenção Cardiovascular de Alta Complexidade, por meio da organização e implantação de Redes Estaduais e/ou Regionais de Atenção em Alta Complexidade

Cardiovascular ⁶ ; e a Portaria GM/MS n. 210 de 15 de junho de 2004, que define as Unidades de Assistência em Alta Complexidade Cardiovascular e os Centros de Referência em Alta Complexidade Cardiovascular e suas aptidões e qualidades.¹⁵ Foi, também, utilizado como fonte para a confecção deste instrumento, o Protocolo da Atenção Básica – condições crônicas não transmissíveis ¹⁶ e o Manual de Cardiologia ¹⁷, ambos utilizados pelo Município de Campinas.

4.2 - População

Foram entrevistados pacientes submetidos à cirurgia cardíaca, e, para ter acesso aos pacientes que já passaram por esse procedimento, foram utilizados como fonte as Autorizações de Internação Hospitalar (AIHs) faturadas junto ao Ministério da Saúde, fornecidas pela Coordenadoria Setorial de Avaliação de Produção Técnico Assistencial (CSAPTA). Tomando-se por base a identificação, a pesquisadora foi a campo em busca dos usuários para coleta de informações utilizando-se de um roteiro de entrevista semi-estruturado.

Foram incluídos os usuários maiores de 18 anos, moradores do município de Campinas, que realizaram procedimentos cirúrgicos cardíacos, de “peito aberto” de alta complexidade no Hospital e Maternidade Celso Pierro – HMCP/PUCC, através do SUS e que tiveram as AIHs faturadas nos meses de setembro e dezembro de 2018. Foram excluídos os pacientes que não foram encontrados e aqueles que não concordaram em participar da pesquisa.

4.3 – Limitações da Pesquisa

O estudo realizado apresentou limitações quanto à população e amostra. A primeira limitação é relativa aos usuários. Foram entrevistados apenas aqueles que efetivamente passaram pela cirurgia cardíaca, sem considerar aqueles que não passaram e/ou que aguardam na fila ou mesmo que foram a óbito durante o processo. Em relação a esse último grupo, foi feito o convite para as famílias participarem da pesquisa, mas essas não aceitaram, diante da recente perda familiar.

Outra limitação se relaciona ao instrumento para avaliação da demanda reprimida. No momento o município não apresenta demanda reprimida para o agendamento do atendimento no ambulatório de cirurgia cardíaca, que é feito pela CSRA, componente regulador dessa agenda. Porém, após avaliação desse especialista, foi observado que os usuários passam a aguardar em uma fila interna do Hospital e Maternidade Celso Pierro, segundo critérios de classificação de risco. Essa fila é controlada pelo serviço hospitalar e apresentada em forma de planilha mensalmente à CSRA. Através desse instrumento, no entanto, não é possível ao município identificar se essa fila representa o quantitativo real de pessoas que estão aguardando para realização da cirurgia cardíaca.

4.4 – Aspectos Éticos

Atendendo a Resolução CNS n. 466 de dezembro de 2012 que regulamenta as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa, a fim de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado, esse trabalho foi submetido ao

comitê de Ética e pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, e aprovado para a realização da pesquisa e obtendo o número no CAAE: 03873718.5.0000.5404. Foi apresentado ao entrevistado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para a realização da entrevista e respeitada sua decisão em aceitar participar ou não.

4.5 – Roteiro para Entrevista

O roteiro foi composto por 38 questões semi-estruturadas e foi baseado nos protocolos utilizados pelo município de Campinas e na Portaria MS/GM nº 1169, de 15 de junho de 2004. Na primeira parte do mesmo teremos uma identificação do paciente, com centro de saúde de referência, diagnóstico e data da cirurgia, grau de escolaridade, renda e na segunda parte, questões sobre o segmento na rede, incluindo o acesso à atenção básica, especializada, até a realização do procedimento cirúrgico, expondo suas percepções sobre a trajetória percorrida.

O roteiro foi aplicado pela pesquisadora, com data e hora marcadas previamente com o paciente, de acordo com a disponibilidade do mesmo. Além do preenchimento do roteiro, a entrevista foi gravada com objetivo de contribuir para a análise dos dados.

Antes de sua efetiva aplicação, o instrumento foi testado com 5 usuários que atenderam aos requisitos estabelecidos nos critérios de inclusão. Nesse momento, foi possível observar a necessidade de adequação no item “raça/cor”, para que as opções antes ali listadas fossem excluídas, deixando-se ao critério do entrevistado a indicação. Foram incluídas questões que abordavam o medo do entrevistado em relação a realização da cirurgia, o que

fez para superar esse medo, se estava tendo acompanhamento no pós-cirúrgico e o impacto da cirurgia na vida profissional dos entrevistados. A CSAPTA disponibilizou 10 AIHs para a realização do teste, mas 50% desses não foram encontrados e, portanto, foram realizadas 5 entrevistas.

O período de teste foi importante para determinar estratégias de busca dos entrevistados, já que, durante esse processo, foram realizadas tentativas diferentes para acessar os pacientes. A primeira delas foi a tentativa de contato através do telefone disponível na AIH, mas esse dado estava incompleto em diversos documentos. Na segunda tentativa, foi realizada solicitação de colaboração dos Agentes Comunitários de Saúde para localizar os entrevistados, porém, essa estratégia não obteve êxito pois esses personagens, em um dos casos, não deram devolutiva e, em outro, levaram a pesquisadora até o paciente sem contato prévio, além de atrasar aproximadamente 1 hora e 15 minutos a saída da unidade, o que inviabilizou a realização de outra entrevista naquele período.

A estratégia de maior êxito foi o contato direto com os pacientes através do telefone, na maioria dos casos, através dos números de telefone extraídos dos diversos sistemas utilizados no município, como SIGA, GEMM e eSUS. Em alguns casos, foi utilizada a ferramenta Whats app para conseguir contato com usuários que realizaram as cirurgias cardíacas. Como dito, a utilização do telefone foi a estratégia mais eficiente, e por isso foi a mais utilizada durante o período de busca dos entrevistados.

4.6 - Campo

O estudo foi realizado no município de Campinas, localizado no interior do estado de São Paulo. Ocupa uma área de 801 km² e conta com uma população de 1.080.113 habitantes (IBGE, 2015), distribuída por quatro distritos (Joaquim Egídio, Sousas, Barão Geraldo e Nova Aparecida) e centenas de bairros.²⁰

Campinas constituiu-se como um dos pólos da região metropolitana de Campinas, formada por 19 (dezenove) cidades e uma população estimada em 2,33 milhões de habitantes (6,31% da população do Estado).²⁰ Também se tornou referência em saúde para a região, assim como para o Brasil pela construção histórica da saúde pública.

A complexidade do sistema de saúde em Campinas levou à distritalização, que é o processo progressivo de descentralização do planejamento e gestão da saúde para áreas com cerca de 200.000 habitantes, inicialmente, que no município iniciou-se com a atenção básica, seguido pelos serviços secundários próprios e posteriormente pelos serviços conveniados/contratados. Esse processo exigiu envolvimento e qualificação progressivos das equipes distritais e representou grande passo na consolidação da gestão plena do sistema no Município.²¹

Atualmente existem 05 Distritos de Saúde em Campinas: Distrito de Saúde Norte, Distrito de Saúde Sul, Distrito de Saúde Leste, Distrito de Saúde Sudoeste e Distrito de Saúde Noroeste. A Vigilância em Saúde, também, é descentralizada em 05 regiões, com correspondência a área de competência dos Distritos de Saúde, normalmente dividindo o mesmo espaço físico com os

Distritos de Saúde, estando vinculada ao Departamento de Vigilância a Saúde – DEVISA.²¹

A composição da Rede de Saúde do Município é feita por de diferentes tipos de unidades de saúde, organizadas nas redes de atenção: Rede de Atenção Básica, Rede de Atenção de Média e Alta Complexidade, e Rede de Atenção em Urgência e Emergência, buscando-se o funcionamento de forma organizada e hierarquizada.²¹ Para uma melhor organização e monitoramento dos serviços ofertados no município, a Secretaria Municipal possui duas coordenadorias que realizam a regulação do acesso aos leitos e procedimentos e exames de alta complexidade e a avaliação da produção técnico assistencial dos diversos serviços de saúde do município.

A Coordenadoria Setorial de Regulação de Acesso (CSRA) foi instituída pela Lei Complementar nº 66 de 16 de abril de 2014, instituída como uma unidade integrante do sistema de urgência/emergência municipal e subordinada ao Departamento de Auditoria e Regulação do Sistema Único de Saúde - DEAR-SUS da Secretaria Municipal de Saúde.²²

À Coordenadoria de Regulação de Acesso compete: organizar, controlar e gerenciar a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, no Município de Campinas, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de riscos e demais critérios de priorização, obedecidas as diretrizes do Ministério da Saúde; regular o acesso dos usuários SUS/Campinas aos recursos sob a gestão municipal, garantindo que esse acesso seja referenciado conforme pactuação; regular o acesso dos usuários SUS/Campinas a 100% (cem por cento) dos procedimentos ambulatoriais especializados de alta complexidade; regular o

acesso dos usuários SUS/Campinas aos procedimentos ambulatoriais de média complexidade, pactuados pelo gestor municipal; regular o acesso dos usuários SUS/Campinas a 100% (cem por cento) dos leitos e procedimentos hospitalares eletivos, contratualizados com as instituições hospitalares, sejam elas próprias ou conveniadas, acompanhando a oferta física de leitos hospitalares mediante a apresentação, minimamente duas vezes ao dia, de censo diário, pelas unidades de saúde.²²

Em conformidade à Lei Federal nº 8.080, de 19/09/1.990 e à Lei Federal nº 8.142, de 28/12/1.990, a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas organizou sua estrutura administrativa e operacional, buscando implementar o Sistema Único de Saúde. O Sistema Municipal de Auditoria foi criado mediante Decreto Municipal nº 12.454, de 30 de Dezembro de 1.996. Em 26 de novembro de 2018 com o Decreto Municipal nº 20.092 a Coordenadoria Setorial de Avaliação e Controle passa a denominar-se Coordenadoria Setorial de Avaliação Técnico Assistencial (CSAPTA) saindo do Departamento de Gestão e Desenvolvimento Organizacional (DGDO) para o Departamento de Auditoria e Regulação do SUS (DEAR-SUS).²³

São várias atribuições da CSAPTA, aqui estão listadas algumas: - digitar documentos de Autorização de Internação Hospitalar, Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade, Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde ou, ainda, outros instrumentos que venham a ser normatizados pelo Ministério da Saúde; - emitir autorização e numeração para faturamento nos estabelecimentos públicos ou privados, conveniados ou contratados, que realizem ações de saúde no SUS no município de Campinas; - receber registros mensais de produção de ações de saúde de todos os

estabelecimentos públicos ou privados, conveniados ou contratados, participantes do SUS no município de Campinas, respeitadas as normas complementares emitidas pelo Ministério da Saúde; - processar e totalizar o faturamento e registro mensal de produção do SUS no município de Campinas, e enviar as informações e registros à base nacional do Ministério da Saúde (Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde - DATASUS), respeitadas as normas e legislações complementares existentes.²³

Portanto, a CSAPTA é responsável pelo monitoramento e avaliação da rede de serviços assistenciais, consistindo em um processo permanente e contínuo, de acompanhamento da execução dos serviços conveniados, no que tange aos seus objetivos e metas, procurando contribuir e subsidiar a adequação à Políticas Nacionais e às diretrizes do município, por meio de informações para a gestão pública, Conselhos Municipais e demais órgãos de controle social.

O município de Campinas possui dois hospitais habilitados para realização de cirurgia cardíaca, são eles o Hospital de Clínicas (HC) da Unicamp e o Hospital Maternidade Celso Pierro da PUC Campinas.²⁴ O HC da Unicamp, sob a gestão da Secretaria de Estado da Saúde, foi inaugurado em 1985, e em sua capilaridade assistencial de alta complexidade é referência para o município de Campinas e para a macrorregião de 86 municípios, com cerca de 6,5 milhões de habitantes. Tem o agendamento das consultas eletivas para os novos pacientes realizados pelas centrais de regulação de consultas das Diretorias Regionais de Saúde da macrorregião de Campinas (DRS VII Campinas, DRS X Piracicaba, DRS XIV São João da Boa Vista), além de receber pacientes de outros estados como Minas Gerais, Paraná, Rio de

Janeiro e Mato Grosso.²⁵ O serviço de cardiologia do HC da Unicamp, além do acompanhamento de casos graves, a especialidade também dá encaminhamento aos procedimentos que necessitam de tratamento cirúrgico cardiovascular mais complexo, como a revascularização do miocárdio ou transplantes cardíacos. São cerca de 300 cirurgias cardiovasculares por ano, 200 implantes de marcapasso e cerca de 1200 cateterismos/ano.²⁶

O Hospital e Maternidade Celso Pierro (HMCP) iniciou suas atividades em 1978. A instituição é um centro de referência de alta complexidade no Estado de São Paulo, voltado ao atendimento especializado, pesquisa científica e ensino médico. Atualmente conta com 355 leitos, sendo 243 destinados ao atendimento de usuários do convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS)²⁷ e, com base em um ajuste jurídico, o Termo de Convênio nº 178/16 firmado entre a entidade e o Município de Campinas, recebe repasses de recursos públicos de origem Municipal e Federal.²⁸ Dentre outros, o ajuste firmado contempla a realização de vinte procedimentos de cirurgia cardíaca de alta complexidade por mês, totalmente regulados pela Coordenadoria Setorial de Regulação e Acesso (CSRA). Por esse motivo, os pacientes submetidos à cirurgia cardíaca nesse local foram os sujeitos convidados a participar do estudo na presente pesquisa.

4.7 - Orçamento

Os custos desta pesquisa foram subsidiados pela pesquisadora, sem apresentar qualquer ônus para os pacientes que foram entrevistados.

4.8 – Estratégias para coleta de dados

Após apresentar a devida documentação para a coordenação da CSAPTA, rapidamente foi disponibilizado o quantitativo de 46 AIHs de usuários que foram submetidos ao procedimento de cirurgia cardíaca no período de setembro a dezembro de 2018. A maior concentração de AIHs recepcionadas se referia a pacientes que fizeram procedimento nos meses de outubro e novembro.

Para localizar os pacientes foram usadas as estratégias que mais tiveram êxito durante a fase de teste do instrumento. A primeira foi através de ligações telefônicas diretamente utilizando os contatos que estavam disponíveis nas AIHs. Em muitos casos os telefones estavam incompletos ou não funcionavam, o que dificultou o processo. Como os documentos continham dados como nome completo, data de nascimento e nome da mãe, foi realizado uma pesquisa nos sistemas SIGA, eSUS e GEMM que concentram o cadastro dos pacientes atendidos nas unidades de saúde de Campinas, inclusive conseguindo a informação sobre o centro de saúde de referência. Uma estratégia pouco usada, apenas em dois casos, foi pedir auxílio para as equipes de Saúde da Família de referência para encontrar os pacientes cujos dados não localizamos através dos diversos cadastros existentes no município.

Com base nessas pesquisas foram realizados contatos telefônicos com os pacientes, em alguns casos foi utilizado como estratégia o uso da ferramenta Whats app para conseguir acessar os entrevistados e realizar o agendamento conforme data, local e horário de desejo dos mesmos. O maior desafio dessa etapa foi conseguir que as pessoas atendessem ao telefone, muitos desligavam diversas vezes ou disfarçavam a voz, justificavam isso com

o excesso de ligações que recebem diariamente de empresas de telemarketing.

Não concordaram em participar e os não localizados

Apenas 05 pessoas não concordaram em participar da pesquisa. Uma delas justificou que não teria tempo em razão do trabalho, ainda que proposta a disponibilidade da pesquisadora em entrevistá-lo aos finais de semana. As demais justificaram medo em receber a pesquisadora. Em um desses casos, uma senhora já tinha concordado e agendado data e horário e, alguns minutos depois, a mesma retornou dizendo que a família a pressionou para não receber a pesquisadora por receio da violência. Outros 04 pacientes não foram localizados, mesmo usando várias estratégias de busca.

Paciente de fora de Campinas

Os pacientes que moram fora de Campinas totalizaram cinco. Desses, apenas um foi morador de Campinas e havia se mudado para outra cidade no estado de São Paulo após a separação da mulher, o que ocorreu, segundo relato, poucos meses antes do contato com a pesquisadora. Outros dois utilizaram os endereços de parentes para acessar as unidades de saúde em Campinas, um desses, no momento da realização do contato com a pesquisadora, estava hospedado na casa da filha e por isso foi possível fazer a entrevista. O outro paciente que utilizou o endereço de uma tia, encontrava-se em Porto Velho, o que impossibilitou a entrevista. Os dois últimos indivíduos foram localizados através do cadastro do eSUS. Esses são moradores das cidades de Jacutinga – MG e Juara – MT, e os telefones que constavam no cadastro não funcionavam.

Caso 1 - SR. BAIANO

A primeira história é a do Sr. Baiano. A história dele começa no interior Bahia quando se envolve em uma briga e leva uma facada no tórax. Como a lesão era muito próxima do coração, foram realizados vários exames, que o mesmo não sabe citar quais foram, mas afirma que “viraram o coração pelo aveço”. Chegaram a conclusão que o acidente não havia causado lesão no coração mas que lá havia um “buraco”, que provavelmente o Sr. Baiano já tinha nascido com ele, mas ele não acreditava. Entendeu que tinha o tal buraco, mas não achava que tinha nascido com ele, tinha certeza que foi a faca que tinha causado o tal buraco, por que antes da briga trabalhava na lavoura e não sentia nada. Com esse diagnóstico foi para Salvador encaminhado pela sua cidade para tratamento, na capital foi informado que a solução para o tal buraco era passar por uma cirurgia e disseram para ele que teria que esperar em uma fila.

De volta a sua cidade, a vida não era a mesma. O cansaço, que antes não era notado, agora deixava o trabalho com a terra mais pesado. A preocupação era companheira diária, e a vida ia se arrastando com a espera pela temida e desejada cirurgia. Mas os dias foram passando e a preocupação da família aumentando, até que uma das filhas sugeriu que fosse para a casa dela, pois julgava que Campinas, por ser uma cidade no estado de São Paulo, tivesse mais a oferecer no cuidado a saúde do que a Bahia. Com essa esperança o Sr. Baiano entrou em um ônibus e desembarcou na rodoviária de Campinas.

Sua filha o acolheu em sua casa como combinado, no bairro Nossa Senhora Auxiliadora, região do Taquaral, uma das áreas nobres da cidade.

Porém a residência era humilde e o retrato da desigualdade social. Um prédio inacabado que atualmente servia de endereço para muitas famílias e era, também, o endereço dessa filha, que morava no quinto andar, e desejava ajudar o pai a resolver o seu problema de saúde.

O Sr. Baiano passou em consulta com o clínico do Centro de Saúde de referência usando o endereço da filha. O médico era Cubano, achava graça da maneira que ele falava. Este pediu mais exames e juntou com os que ele havia trazido da Bahia e fez o encaminhamento para o cardiologista, e assim o Sr. Baiano entrou na fila para o cardiologista. Foi informado pela moça do posto que quando a consulta fosse marcada eles iriam ligar para avisar, e assim o senhor foi para a casa da filha cheio de esperança.

Os dias foram passando e a saudade da terra ia aumentando conforme o passar do tempo. A preocupação da filha também crescia dia após dia. Certo dia, no seu trabalho em uma conveniência de um posto de combustível, durante uma conversa com o seu patrão, contou todo o problema que o seu pai estava vivendo e a demora que esteve presente na Bahia e se repetia em Campinas. Este se prontificou em ajudar, conversando com um amigo que era um dos diretores do Hospital Municipal Mario Gatti. Esse agendou uma consulta com o cardiologista do ambulatório do referido hospital, e o especialista confirmou o diagnóstico de “buraco no coração” e afirmou novamente que não foi causado pelo acidente com a faca, mas que o Sr. Baiano já tinha desde que nasceu, porém o Sr. Baiano continuava não acreditando na história contada pelos médico, afinal antes não sentia nada.

Na segunda consulta, o cardiologista fez um encaminhamento para o médico que iria operar o seu coração, este ficava na PUCC. Ficou feliz por que

a consulta não demorou a ser marcada. Nesse meio tempo a filha recebeu o tão esperado telefonema. Aquele que dizia que a vaga com o cardiologista saiu. Era a moça do centro de saúde três meses depois fazendo o que prometeu. A filha agradeceu e disse que o pai já estava sendo acompanhado.

O cirurgião cardíaco viu os exames, ouviu o coração e pediu mais um exame, que foi feito lá mesmo na PUCC. Enquanto esperava a segunda consulta, o Sr. Baiano se sentiu mal e procurou atendimento na emergência do hospital Mario Gatti mas foi liberado no mesmo dia. Enfim chegou a segunda consulta na PUCC, nesta o médico bateu o martelo à cirurgia estava decidida. Quinze dias depois o Sr. Baiano estava indo para ser operado. Internou, a filha sempre acompanhando o pai e tentando amenizar o medo de não “voltar mais da cirurgia”, mas a cirurgia foi um sucesso e a alta foi no tempo em que o médico disse que ia ser.

O pai ficou em repouso na casa da filha o tempo determinado pelo médico, voltou na consulta pós cirurgia no ambulatório da PUCC, conversou com o médico que o operou. Tirou os pontos e perguntou se podia voltar para a sua terra. O médico disse sim e entregou um relatório para acompanhamento na sua terra. O Sr. Baiano imediatamente pegou o ônibus e voltou para a sua terra. Porém a vida lá não estava fácil. Ainda não conseguiu um médico para acompanhar após a cirurgia, e em relação ao trabalho, não conseguiu voltar para a lavoura. Ainda sente muitas dores quando tenta fazer um trabalho mais “puxado”. Tentou conseguir um benefício pelo governo, mas “as coisas no interior é muito mais difícil”. A vida no interior só está sendo possível com ajuda dos filhos e do dinheiro que a esposa recebe do programa bolsa família.

Sr. Baiano está de volta a Campinas, na tentativa de conseguir uma consulta com o médico que o operou. Está hospedado novamente no quinto andar do prédio invadido. Não quer ficar aqui, apenas quer resolver o seu problema de saúde para voltar para a sua terra e trabalhar.

Óbitos no pós-operatório

Quatro pacientes evoluíram para óbito durante o pós-operatório, razão pela qual não foi possível realizar a pesquisa com esses. Desses podemos ressaltar que todos passaram pelo mesmo procedimento, revascularização miocárdica, segundo dados obtidos através de informações coletadas nas AIHs. Em relação ao sexo, apenas uma paciente era do sexo feminino, o que representa 25% dos pacientes que evoluíram a óbito. Os demais, 75%, eram do sexo masculino. Em relação ao domicílio, dois pacientes residiam na região sul da cidade, um na região norte e o outro na região leste de Campinas. Após a informação que esses pacientes evoluíram para óbito, a família foi convidada a participar da pesquisa, mas as mesmas declinaram, em razão do pouco tempo de perda do familiar. Em respeito ao luto da família não foi realizado novos convites para participar da pesquisa.

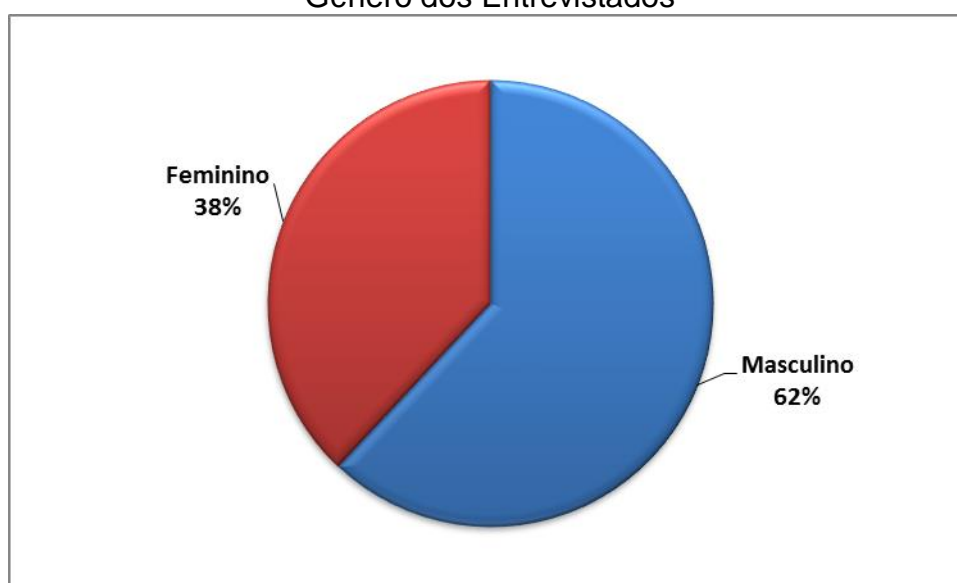
4.9 – Devolutiva para o município

Os dados e resultados levantados nesse trabalho serão apresentados aos gestores municipais através de apresentação em fóruns já existentes e que compõe o calendário da Secretaria Municipal de Saúde, como as reuniões de departamento e a comissão gestora. O trabalho será disponibilizado na íntegra e ficará disponível em local a ser definido por essa mesma Secretaria.

5 - Caracterização da população entrevistada

Foram realizadas 29 entrevistas. A população entrevistada era formada por sua maioria de homens, ou seja, 18 entrevistados, o que corresponde a 62% eram do gênero masculino e 11 entrevistados o que corresponde a 38%, eram do gênero feminino. A média de idade entre os homens foi de 61,4 anos e das mulheres foi 55,8 anos.

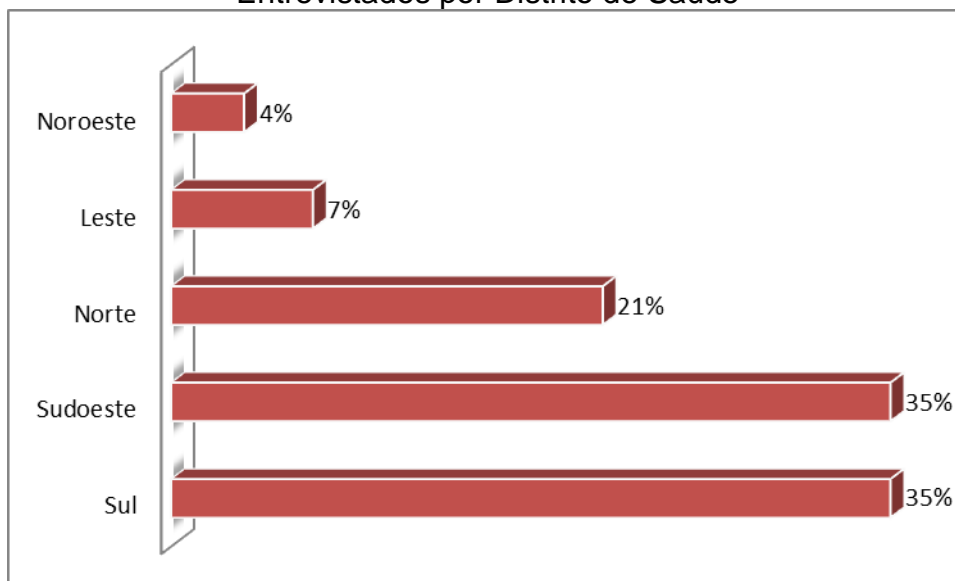
FIGURA 1
Gênero dos Entrevistados



Fonte: Banco de dados da pesquisa.

A maior concentração de entrevistados foram sujeitos moradores das regiões Sul e Sudoeste do município, compondo-se 10 entrevistados em cada uma dessas regiões, o que corresponde a 34,5% cada. Nas demais regiões da cidade os entrevistados ficaram distribuídos da seguinte maneira: Região Norte foram 6 pessoas entrevistadas, o que corresponde a 21%, região leste foram 2 entrevistadas, o que corresponde a 7% dos entrevistados e na região Noroeste apenas uma pessoa foi entrevistada, o que representa 3%.

FIGURA 2
Entrevistados por Distrito de Saúde

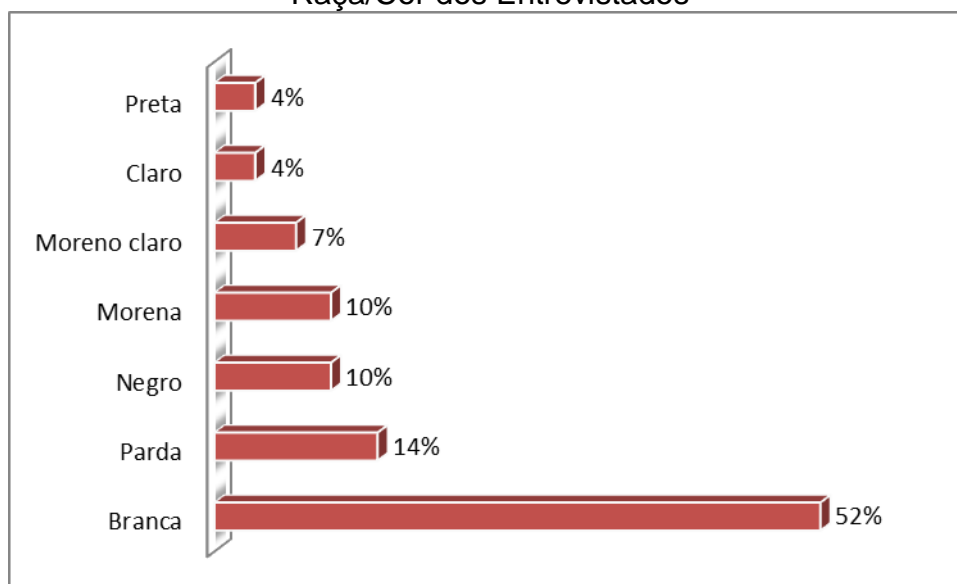


Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Todos os entrevistados passaram por algum atendimento no Centro de Saúde mais próximo da sua residência e sabiam apontar qual unidade era de referência, exceto um paciente morador da região Norte que não fazia uso desse equipamento, pois sempre teve plano de saúde. O paciente morador de outro estado que foi operado em Campinas utilizou o endereço da filha e também passou por consultas no Centro de Saúde de referência para o endereço da filha.

Em relação a raça/cor, 52% dos entrevistados consideram ter a cor da pele branca, 14% consideram ser pardo, 10% moreno, 10% negro, 7% moreno claro, 3,5% preto e 3,5% consideram ter a pele de cor "clara".

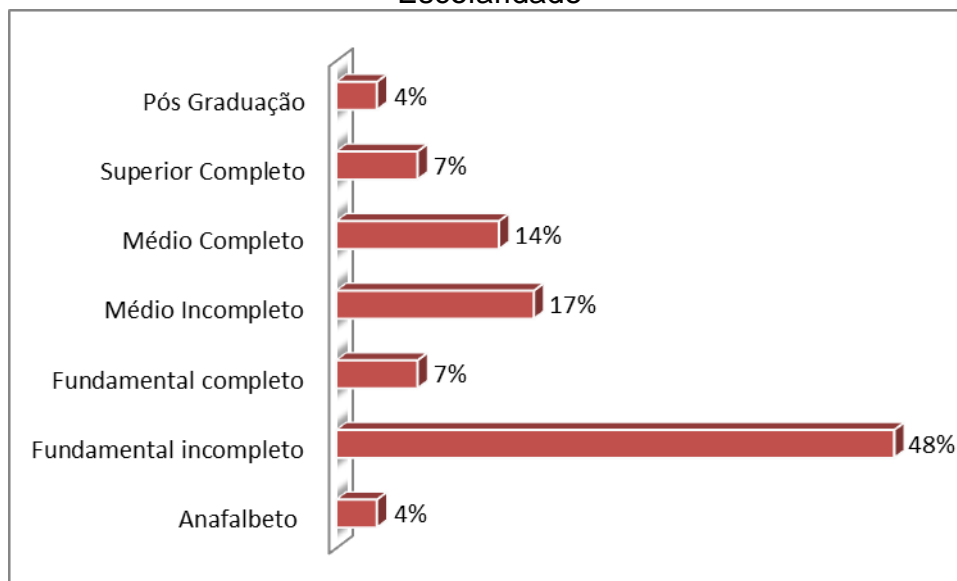
FIGURA 3
Raça/Cor dos Entrevistados



Fonte: Banco de dados da pesquisa.

No item escolaridade, 48% dos entrevistados disseram ter o ensino fundamental incompleto, já aqueles que conseguiram completar o ensino fundamental representam 7%. Os entrevistados que tem o ensino médio completo são 14% e os que não conseguiram completar o ensino médio 17%. Aqueles que referiram ter ensino superior completo foram 7% e apenas 3,5%, ou seja, um entrevistado referiu ter pós-graduação. Este, o único entrevistado que afirma sempre ter se utilizado de plano de saúde. Outro entrevistado, que representa, também, 3,5% dos entrevistados afirma ser analfabeto. Este é o entrevistado que usou o endereço da filha para ter acesso aos serviços de saúde de Campinas e, atualmente, mora na Bahia, estado da região nordeste do país.

FIGURA 4
Escolaridade



Fonte: Banco de dados da pesquisa.

No ponto que se refere à profissão, foi apontado pelos entrevistados aquelas que se formaram ou exerceram na maior parte da sua vida e que estão listadas aqui: mecânico geral de indústria, alinhador mecânico, cozinheira, catadora, funileiro, do lar, militante, recepcionista, inspetor de alunos, lavrador, ajudante geral, eletricista industrial, engenheiro, estoquista, operador de caixa, cabelereiro, pedreiro, doméstica, autônomo, taxista, administrador e auxiliar de limpeza.

No entanto 31% dos entrevistados indicam como ocupação atual ser aposentado, 17% afirmam não ter ocupação atualmente, outros 17% referem ter como ocupação ser do lar, 7% relatam estar recebendo benefício (auxílio saúde), outros 7% afirmam estar desempregados e apenas um entrevistado, o que corresponde a 3,5% dos entrevistados afirma que mudou de ocupação e exerce atualmente a função de contador.

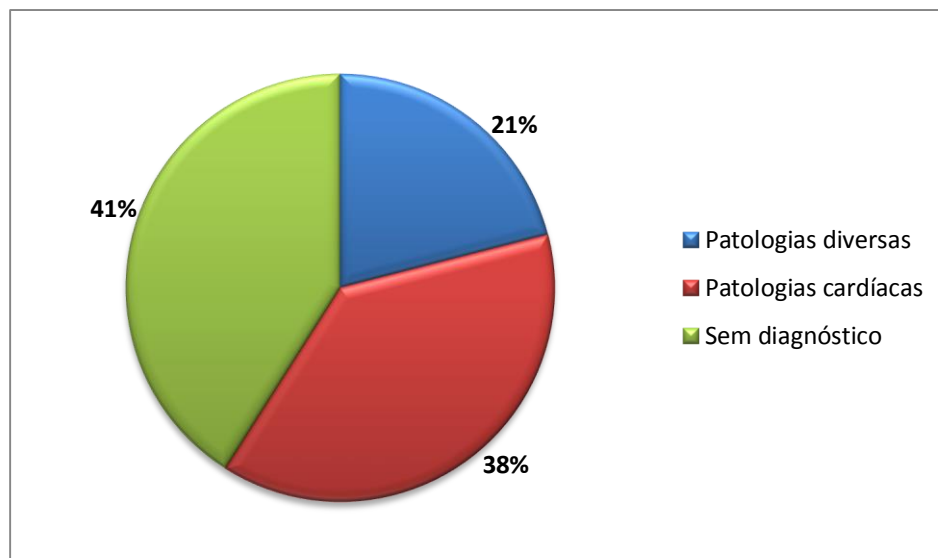
No quesito renda, 31% dos entrevistados afirmam que no momento da pesquisa não possuíam renda e sobreviviam com ajuda de parentes, mais frequentemente filhos, e amigos. A média da renda levantada entre os entrevistados é de R\$1.041,37.

6 - ACHADOS DA PESQUISA

6.1 - Informações referidas sobre o diagnóstico

Quando a pergunta foi: qual diagnóstico tinha antes da cirurgia? 21% dos entrevistados apontaram doenças diversas como Hipertensão, AVC, Diabetes, “Tireóide” e “Colesterol”. Já 38% dos entrevistados apontaram ter conhecimento de doenças relacionadas ao coração antes de serem submetidos a cirurgia cardíaca como: infarto agudo do miocárdio (IAM), exame de esteira alterado, insuficiência cardíaca, “problema do coração”, endocardite, “coração fraco”, coronariopatia, arritmia, “burraco no coração” e “problema na válvula do coração”. Onze entrevistados, 41% do total, disseram não ter diagnóstico prévio.

FIGURA 5
Diagnóstico Pré-Cirúrgico



Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Em relação a esse dado, é possível levantar alguns questionamentos. Um deles seria que parte dos entrevistados informou que não tiveram um diagnóstico prévio acerca da doença cardíaca pelo fato do aparecimento repentino da doença, como nos casos de infartos agudos do miocárdio. As doenças cardiovasculares, afecções do coração e da circulação, representam a principal causa de mortes no Brasil, responsáveis por mais de 30% dos óbitos registrados segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia.²⁹

Outro ponto que pode ser questionado é a falta do diagnóstico estar relacionada a possibilidade de não compreensão do que foi dito pelo profissional de saúde em algum momento prévio ao aparecimento da doença, ou seja, no passado o entrevistado teve um diagnóstico acerca da doença e esta não foi bem esclarecida para o mesmo ou esse indivíduo não conseguiu compreender a gravidade que isto poderia representar. Segundo Gomes (2012), médicos e pacientes ainda reproduzem em sua relação comportamentos do modelo biomédico. Ele dificulta o entendimento do

paciente, pois realiza uma comunicação em linguagem científica incompreensível, baseada no modelo cognitivo dos médicos ou mesmo consultas "a curto prazo", do tipo queixa-conduta, com perguntas dirigidas.³⁰

Um último questionamento feito com fundamento nesse dado é relativo à parcela de entrevistados que possivelmente não tiveram o diagnóstico em tempo oportuno. Para pessoas com alto risco cardiovascular, em virtude da presença de um ou mais fatores de risco como hipertensão, diabetes, hiperlipidemia ou doença já estabelecida, é fundamental o diagnóstico e tratamento precoce, por meio de serviços de aconselhamento ou manejo adequado de medicamentos. Há também um número de determinantes subjacentes das doenças cardiovasculares. Elas são um reflexo das principais forças que regem mudanças sociais, econômicas e culturais – globalização, urbanização e envelhecimento da população. Outras determinantes dessas enfermidades incluem pobreza, estresse e fatores hereditários.³¹

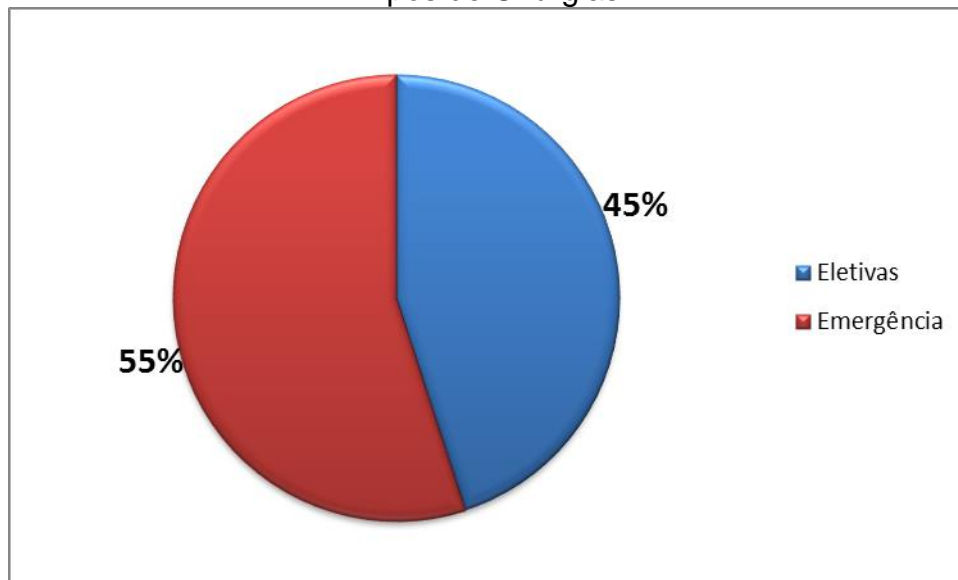
As informações referidas sobre o diagnóstico trazidas nesse estudo levam as três possibilidades já apresentadas e que necessitam de estudos que promovam um aprofundamento acerca das questões levantadas.

6.2 - Cirurgias de emergência

Dezesseis entrevistados, o que corresponde a 55% do total, relataram que o procedimento cirúrgico foi feito em caráter de emergência. Os casos se dividiram entre a entrada dos pacientes através dos Prontos Atendimentos dos diversos serviços do município (Hospital e Maternidade Celso Pierro - PUCC, Hospital Municipal Mario Gatti, Complexo Hospitalar Prefeito Edvaldo Orsi e UPA São José) e internações logo após a realização do cateterismo. Outros 13

entrevistados, o que corresponde a 45%, tiveram os seus procedimentos agendados de forma eletiva.

FÍGURA 6
Tipos de Cirurgias



Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Esses dados acendem um alerta: os pacientes agudizados que realizam o procedimento cirúrgico em caráter de emergência, acabam por colocar em espera os pacientes estabilizados que já aguardavam a realização de procedimento cirúrgico. Os pacientes então considerados estabilizados, em razão da espera decorrente do atendimento emergencial que surgiu, acabam agudizando e necessitando do procedimento, também em caráter de emergência. Segundo Sarmiento Junior, esses pacientes, independente da gravidade de suas queixas e do seu direito inquestionável ao atendimento, estão na realidade “furando” uma fila virtual de espera. Pode-se chegar a extremos em que o número de pessoas “furando” a fila é tal a ponto de criar uma fila paralela, com fluxo contínuo, enquanto a fila principal e legítima permanece quase parada.³²

Notamos um ciclo em que impera a necessidade de reclassificação dos procedimentos de caráter eletivo para emergencial e que, à evidência, gera maior custo ao sistema: para sustentar e prolongar a estabilidade dos pacientes que já estavam na “fila” aguardando o procedimento, haverá necessidade de um maior número de consultas ambulatoriais, de consumo de medicamentos por períodos prolongados, além da exposição do paciente, com maior constância, aos serviços de Pronto Atendimento, sem mencionar que, em razão do período que foi necessário para o prolongamento da estabilidade, eventualmente, os exames pré-operatórios deverão ser novamente realizados, posto que obsoletos.

6.3 - Internação de longa duração.

Do total de entrevistados, 15 entrevistados, o que representa 52%, tiveram como porta de entrada para cirurgia cardíaca o setor de Pronto Atendimento dos diversos serviços de Campinas (Hospital Municipal Mario Gatti, Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi, UPA São José, Hospital e Maternidade Celso Pierro e Hospital da Beneficência Portuguesa de Campinas), sendo que em dois casos os pacientes tinham agendamento, um com o cardiologista da rede e o outro com o cirurgião cardíaco da PUCC. No decorrer do processo, ambos enfartaram. O primeiro caso procurou atendimento na UPA do Matão (Sumaré) e foi orientado a procurar a PUCC diante do quadro que se apresentava. Já o segundo caso procurou diretamente o pronto atendimento da PUCC, pois tinha consulta agendada no ambulatório de cirurgia cardíaca da PUCC. Os dois pacientes ficaram internados.

Todos os 15 pacientes aguardaram o procedimento cirúrgico internados. Essas internações duraram em média 25 dias. A mais longa internação,

ocorreu pelo período de 90 dias e a mais breve, apenas 3 dias. Dos entrevistados, 73% relata ter feito cateterismo durante a internação. Com base nesses dados, é possível inferir que o custo dessas internações para o Sistema Único de Saúde é relativamente alto. Segundo Peixoto, os maiores gastos do SUS em internações hospitalares de adultos na faixa de 20 a 59 anos de idade e idosos acima dos 60 anos foram com doenças isquêmicas do coração totalizando o valor R\$ 278 Milhões no ano de 2001.³¹

Nesse ponto, retornamos à qualificação do diagnóstico e indagamos se a realização de um diagnóstico precoce possibilitaria a realização de um cuidado amplo que evitasse grande parte das internações decorrentes dessa patologia. Acreditamos que sim.

Dentre os pacientes que passaram por todo esse trâmite para acessar a cirurgia cardíaca, três casos chamaram atenção: o primeiro, de uma paciente que sofreu um Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) durante atividade laborativa que exercia no município vizinho de Jaguariúna. Ficou internada no Hospital Municipal dessa cidade, recebeu alta e, então, foi orientada a procurar o Centro de Saúde de referência em Campinas. O segundo caso foi muito semelhante, paciente morador do Município de Campinas, contudo, trabalhando em Limeira. Enfartou e foi hospitalizado naquela cidade, recebeu alta e foi orientado a procurar atendimento cardiológico na sua cidade de origem. O terceiro, morador da região sul da cidade, também sofreu um IAM, e por estar próximo à cidade de Valinhos, por lá procurou atendimento. Foi atendido e hospitalizado e após a alta, igualmente recebeu orientação para procurar atendimento em Campinas. Todos os três passaram pelo Centro de Saúde de referência, foram

encaminhados ao cardiologista e, na sequência, foram avaliados pelo cirurgião cardíaco e operados no hospital da PUCC.

FIGURA 7
Trajetórias de Retorno à Campinas



Fonte: Banco de dados da pesquisa.

Diante dessas experiências, é possível observar a falta de comunicação entre os municípios da região. Os pacientes foram orientados a procurar por meios próprios o serviço de saúde próximo da sua residência. Esse dado nos remete à conclusão pela necessidade de aprimoramento dos canais de comunicação, fluxos e protocolos para que os serviços de saúde dos municípios e/ou regiões possam trocar esse tipo de informação, realizando os encaminhamentos adequados para que o paciente não seja forçado a procurar por si, a porta de entrada acertada, ainda mais considerando tratar de IAM progressivo, ou seja, paciente que apresenta alto risco.

Caso 2 - CONSTRUINDO EM LIMEIRA...

Um jovem pedreiro de 55 anos, pardo, que estudou somente até a sétima série do antigo primeiro grau e que até então sabia que tinha apenas diabetes e que pouco ia ao médico do Centro de Saúde do seu bairro, sentiu um cansaço e um leve mal estar, mas como trabalhava de pedreiro em uma grande construtora, achou que o cansaço era apenas resultado do seu ofício.

Passou quinze dias da data que se sentiu mal pela primeira vez. Era uma terça-feira. O cansaço aumentou e já não podia mais negligenciar aquele mal estar. Foi então que procurou o seu encarregado e disse o que estava acontecendo, o mesmo o encaminhou para a “segurança do trabalho”. Lá contou o que estava sentindo e foi levado para uma avaliação no hospital mais próximo do canteiro de obras no município de Limeira.

Chegando lá foi atendido primeiramente na triagem, de lá foi levado direto para “sala”, onde fizeram exames, medicamento e perguntas. Era um “princípio de infarto”, e não era o primeiro. Quinze dias antes já tinha passado mal e sentido cansaço, esse foi o primeiro. Ficou internado três dias no hospital de Limeira, e depois desse tempo teve alta. Foi dado um laudo para levar para o posto perto da sua casa, em Campinas, pedindo que fosse encaminhado para o cardiologista e foi afastado do trabalho por 15 dias.

Chegando a Campinas, foi até o posto com o laudo e os exames que fizera no hospital de Limeira - “tinha dado bem umas três viagens no posto de saúde mas a médica queria que fizesse tudo de novo começasse do zero” - foi quando questionou sobre a existência do laudo do hospital de Limeira já

solicitando a avaliação do cardiologista e por quê teria que fazer todos os exames novamente.

O prazo de afastamento estava acabando e ainda não tinha conseguido avaliação do cardiologista. Tinha medo de passar por tudo novamente caso voltasse ao trabalho pesado de pedreiro, afinal era o coração. Dessa vez poderia ser pior, antes foi apenas um princípio de infarto, agora corria risco de enfartar mesmo, e ainda não tinha passado com o cardiologista para saber se qual a gravidade da sua doença.

Então tomou uma decisão, procurar um serviço particular, sabia que sua vida financeira ia ficar apertada, mas precisava passar com o cardiologista como havia recebido orientação no Hospital de Limeira. Procurou uma dessas clínicas que tem um bom preço e conseguiu consulta com o cardiologista. Lá, o médico foi sincero, disse que: - “o tratamento era muito caro, mais de dois mil reais, ainda era o cateterismo, que precisava fazer ainda.” O médico cardiologista deu mais 15 dias de atestado e “fez uma carta, reclamando mesmo para ela, e foi então que ela deu andamento”.

Assim a tão esperada consulta com o cardiologista foi agendada, mas ainda teve que esperar um mês para ir à Poli. O cardiologista viu os exames feitos em Limeira e logo agendou o cateterismo. No retorno, quando entregou o resultado do cateterismo na mão do cardiologista, este avaliou atentamente e logo deu a notícia, que era necessário fazer a cirurgia. Explicou que era necessário abrir o peito para fazer a cirurgia, foi então que a consulta com o cirurgião cardíaco foi agendada.

Após quinze dias de espera a consulta com o cirurgião cardíaco na PUC foi realizada. Mais exames foram solicitados, todos feitos lá mesmo, e foi então que ele afirmou que a cirurgia era necessária. O médico disse que dentro de quinze dias a “menina” vai ligar para dizer o dia que vai internar, e assim aconteceu.

Chegou no hospital no sábado e a cirurgia estava marcada para segunda a tarde, mas adiantou e foi na segunda de manhã. E chegou a hora de ir para a sala de cirurgia, e nesse momento o medo bateu. O medo de morrer, de não acordar, mas tinha certeza que seria uma morte sem ver nada, sem sofrer, afinal ia estar anestesiado. Quando chegou na UCO (unidade coronariana) foi acordando, mas tinha um aparelho na boca para mandar ar para os pulmões, isso o deixou agoniado, mas estava aliviado por estar acordando.

Ao total, foi uma semana de internação e atualmente o Sr. José está em acompanhamento no ambulatório de cardiologia na PUC. Voltou a trabalhar na mesma empresa que estava antes, e que durante o tempo que ficou afastado para tratar o coração recebeu salário do INSS. Conseguiu perceber que agora está melhor para trabalhar, que o cansaço de antes não existe mais, mas como voltou há apenas vinte dias ainda não está fazendo de tudo que fazia antes.

6.4 - Amnésia pós-trauma

Quando o assunto em pauta foi o medo em relação à realização da cirurgia, 52% dos entrevistados afirmaram que não tiveram medo em todo processo para realização da cirurgia e 41,5% disseram que sentiram medo em relação a realização do procedimento cirúrgico. Para superar esse sentimento,

todos recorreram a Deus através de orações, preces, momento de reflexão na capela do hospital ou apenas dizendo “Seja o que Deus quiser”. O maior medo mencionado foi de “não voltar” da cirurgia.

Durante a entrevista, duas entrevistadas, que foram abordadas em dias e locais diferentes, contaram que ficaram internadas no Complexo Hospitalar Prefeito Edivaldo Orsi no mesmo período e foram submetidas a cirurgia, também, em momentos bem próximos. As duas contaram que a amizade que constituíram no hospital ajudou a superar o medo em torno da cirurgia e que elas mantêm contato e frequentam uma a casa da outra para tomar café e bater papo.

Os laços sociais duradouros são importantes porque fornecem ajuda em tempos de necessidade, permitindo enfrentamento e superação de momentos de crise. Biologicamente os seres humanos são “desenhados” para serem sociais e manterem relações que por sua vez também são influenciadas por seus aspectos biológicos. Tais aspectos constitucionais associados aos ambientais podem, portanto, ser protetores e promotores de resiliência.³³

Para encerrar o tópico, apenas uma pessoa afirma não recordar se teve medo. A família que estava acompanhando a entrevista, contou que o mesmo foi internado com diagnóstico de IAM, tendo sido transferido para o Hospital da PUCP proveniente do Hospital Beneficência Portuguesa, já que estava em período de carência do seu plano de saúde. Após um período de internação, sofreu uma parada cardíaca, foi então entubado e encaminhado para a unidade de terapia intensiva e de lá, seguiu para o procedimento cirúrgico.

Todos os entrevistados elogiaram o atendimento recebido no Hospital e Maternidade Celso Pierro, bem como no ambulatório de cirurgia cardíaca, exceto uma paciente que apontou a equipe da cirurgia cardíaca como elemento dificultador no seu processo de acesso à cirurgia.

Os entrevistados, também elogiaram os Hospitais Mario Gatti e Prefeito Edivaldo Orsi. Nesses hospitais, vários entrevistados ficaram longos períodos internados e afirmaram que sempre foram “bem tratados”, sempre tendo uma boa comunicação com as equipes que promoviam o cuidado e que era permitida a presença de familiares como acompanhantes. Apontaram como excelente o cuidado recebido pelos profissionais das diversas categorias atuantes durante o período de internação. A policlínica também foi citada nos elogios, esses direcionados somente aos médicos.

Com esse dado foi possível observar que mesmo referindo prazos longos para atendimento e necessidade de recorrer a serviços particulares para obter exames ou laudos de especialistas, os entrevistados, quando questionados se gostariam de falar alguma coisa a mais de sua trajetória pelos serviços de saúde, limitaram-se apenas em tecer elogios aos serviços por onde passaram por último, como a policlínica e os hospitais. Poderíamos hipoteticamente relatar que essa incapacidade de recordar informações relevantes é decorrente do trauma ou estresse que passaram, já que as recordações das experiências vividas não podem ser recuperadas na forma verbal.

6.5 - Plano de saúde e clínicas populares.

A maioria dos entrevistados, 86% dos entrevistados afirmaram não ter plano de saúde e fazer uso do Sistema Único de Saúde e 14% afirmaram possuir plano de saúde. Os entrevistados apontaram os planos de saúde que utilizam, são eles: cartão do povo, Beneficência Portuguesa, Dr. Prime, Samaritano. Como é possível observar dois dos quatro “planos de saúde” citados, são clínicas populares que cobram mensalidade através de conta de consumo, como conta de luz. Oferecem consultas e exames a preços acessíveis, porém os entrevistados afirmam que quando necessitaram de um atendimento mais especializado, com suporte hospitalar, os mesmos foram encaminhados para prosseguimento da assistência no Centro de Saúde que os indicou para atendimento especializado e conseqüentemente a cirurgia.

Além dos entrevistados que responderam ter plano de saúde, os demais entrevistados afirmaram que em algum momento, antes de acessar a atenção especializada, passaram por algum atendimento nessas clínicas populares, seja para realização de consulta médica para diagnóstico ou realização de algum exame com a finalidade de tornar mais ágil o processo. Um exemplo foi uma paciente que relatou ter exame alterado de esteira solicitado e realizado através do SUS, porém, com a saída do médico da sua equipe de referência, a paciente sentiu a necessidade de procurar atendimento em uma clínica popular para obter um laudo. De posse do laudo, retornou à unidade básica de sua referência para conseguir entrar no fluxo de encaminhamento para o cardiologista. Outros acessaram essas clínicas para realização de exames, com a finalidade de acelerar o processo.

As chamadas clínicas populares tiveram início nas periferias dos grandes centros. Há poucos estudos científicos sobre o tema, porém há numerosas reportagens jornalísticas a cerca desse novo conceito de serviço na área da saúde, que surgiu em meados da década de 1990. As consultas eram oferecidas a preços populares, e cartões de convênio ou do SUS não eram aceitos. E as especialidades oferecidas eram justamente aquelas para as quais o sistema público apresentava maiores problemas: a saúde da mulher e do idoso, exames de imagem e pequenas cirurgias.³⁴

Em 2012 uma matéria no jornal Estado de São Paulo chamou a atenção para este tipo de serviço.³⁵ O trecho abaixo resume bem a chegada dessas clínicas:

“Quem passa ali, estranha. Muitos moradores custam a ter coragem de entrar. Só perdem o medo na medida em que o boca a boca se espalha ou quando leem um cartaz bem à frente do portão que informa, em linguagem clara e direta, o valor das consultas: R\$ 40 para clínico-geral e R\$ 60 para qualquer uma das dez especialidades oferecidas, que pode ser dividido em duas parcelas.

“Quem disse que essa população não pode ir ao médico particular?”, questiona o criador do Dr. Consulta, Thomaz Srougi. Ele se refere ao seu público-alvo: gente sem plano de saúde e cansada das filas dos postos públicos. O perfil exato dos moradores da maior favela da cidade.

Para atendê-los, a estrutura é simples, porém bem equipada. Nos consultórios - separados por divisórias de fórmica e com cadeiras de plástico -, há equipamentos caros, como o usado em exames oftalmológicos e o de

ultrassonografia, além do eletrocardiograma. Em casos mais sérios, em que seja necessária a internação, os pacientes são encaminhados ao hospital público”.(Estado de São Paulo, 22 de julho de 2012)

O que causava estranheza e era a manchete de jornal no início da década na capital São Paulo, no final da década se tornou uma prática comum, inclusive em cidades do interior. Em Campinas, atualmente, essas clínicas estão presentes tanto nos bairros populares quanto em bairros de classe média e shoppings da cidade, mas a oferta é a mesma: acesso ao atendimento médico por preços baixos. Essa proliferação de clínicas populares na cidade parece ter intensificado durante a crise econômica, que teve início em meados de 2014. Durante esse período o desemprego aumentou e conseqüentemente o número de pessoas que perderam seus planos de saúde também subiu. Nos Centros de Saúde da cidade, principalmente naqueles que fazem a cobertura de bairros centrais e de classe média, os servidores observaram o crescimento de solicitações para cadastro de pacientes que tinham perdido seus planos de saúde.

As reconfigurações dos sistemas universais de saúde e o surgimento de novas necessidades de consumo correspondem às reformas na organização e prestação dos serviços de saúde. O aprofundamento da globalização acompanhada pelo fortalecimento da massificação do consumo para além do seletivo segmento social de maior renda, por exemplo, traz novos elementos, para a popularização de um novo paradigma de produção, concentração e financeirização do setor de serviços.³⁶

Nos trechos abaixo, a fala de alguns entrevistados sobre o uso dos serviços das clínicas populares.

“Esse negócio de exames que tem que marcar depois de não sei quantos meses, três mês, quatro mês. Aí tive que pagar os exames na clínica da cidade.” – *Entrevistado 1.*

“Tive algumas consultas com o cardiologista particular sim. Através dos anos aí, né? Por que me foi definido que eu deveria fazer um acompanhamento anual, né? Que as vezes eu pulava um ano. Por que era uma cardiopatia leve, ainda. Nem tinha ouvido falar em válvula ainda. Até que em 2015 as coisas ficaram transparente, né? Essas consultas foram antes de eu ir para a Policlínica. A partir do momento que fui para a Policlínica, talvez eu tenha feito uma consulta particular por ter confiança no médico, já tinha consultado anteriormente, mas sou muito bem atendido na Policlínica 3, desde então eu tenho consultas lá semestrais. Acompanhamento semestral, muito bem feito.” – *Entrevistado 2.*

“Aqui tem aquele, é um convênio que é descontado na conta de luz. O Cartão do Povo, aí ele (o médico) me examinou e falou: olha só, eu vou mandar o senhor para o postinho de saúde por que o seu negócio é mais sério” – *Entrevistado 3.*

“O (médico) de lá me deu um atestado, 15 dias. O lá de Limeira, para fazer os encaminhamentos e tudo, mas só que estava vencendo, aí não tinha como. Aí eu tive que pagar e conversei com o médico particular e tudo. Ele até falou assim: se você for fazer particular é muito caro, dá mais de dois mil reais. Ainda era o cateterismo, que ia fazer ainda. Foi aí que ele me deu mais 15 dias, aí eu

procurei o posto aqui. Só eu já tinha dado, bem, umas três viagens, aí no posto, por que a ela (médica do posto) quê que eu fazia tudo de novo. Começar do zero. Mas se o médico de lá (Limeira) já tinha me dado um laudo para me encaminhar para o cardiologista. Ela queria que eu fizesse o exame tudo, entendeu? Aí eu conversei com o médico particular, foi quando ele fez uma carta, reclamando mesmo para ela. Entreguei a ela. Aí foi que ela pegou e deu andamento.” – *Entrevistado 4*.

“Por que quanto comecei a ter os primeiros sintomas da válvula está descompensando, é, eu achei que demorou um pouco pelo SUS. Aí eu fui no cardiologista pelo particular para ver se agilizava. E daí ele me encaminhou para PUC. Como eu já fazia encaminhamento lá, aí ele me encaminhou prá lá, aí foi quando eu consegui fazer a cirurgia.” – *Entrevistado 5*.

Na atual organização do sistema de saúde, a atenção primária constitui a porta de entrada prioritária, considerando as diretrizes da integralidade e regionalização. E na fala dos entrevistados as clínicas populares acabam ocupando lacunas deixadas pela atenção primária, proporcionando assim uma agilidade no acesso à atenção secundária do município, ou seja, usaram desse artifício para ultrapassar a “barreira do postinho”. A inserção do indivíduo nas clínicas populares, aproveitando o vácuo normativo do Sistema Único de Saúde, cria suas próprias regras, estabelece novos vínculos de risco, novos padrões de laços sociais, e produz novas práticas sociais, orienta os princípios neoliberais no campo da saúde individualizada. A contradição posta é que isso não implica em melhoria ou mais proteção social, mas na existência de programas mais fragmentados considerando-se a eficiência e o acesso, em processo reflexivo da modernização brasileira.³⁶

Por outro lado, é possível observar a cultura do seguimento na rede particular e o anseio das pessoas em possuir plano privado, como forma de solucionar o seu problema de forma individual, com julgamento de melhor atendimento e rapidez. Estudar as clínicas de baixo custo é estudar também a sociedade de serviços de baixo custo, ou seja, o processo de desconstrução entre o tempo e o espaço em que o financiamento do mercado se impõe, e assim emerge um novo sentido, marcado pela contínua corrosão dos laços comunitários arraigados na tradição. E ainda diz que o desinteresse crescente pelos assuntos públicos prepara terreno mais ou menos exclusivos para os interesses privados, fenômeno este que favoreceu a entronização da soberania do mercado como princípio geral e automático de regulação das relações sociais.³⁶

Na busca por estudos sobre esse tema, foi observada a escassez de pesquisas, o que mostra a necessidade de mais estudos acerca dessas clínicas e os fenômenos provocados pelo crescimento delas em várias cidades do país.

Caso 3 - EXAME DE ESTEIRA ALTERADO...

Um a jovem cozinheira de 57 anos, que morava bem próximo ao seu Centro de Saúde de referência, costuma ir ao médico e em uma consulta recebeu a solicitação para realizar um teste de esteira. Ao sair da consulta deixou seu pedido na recepção, e algum tempo recebeu a ligação para retirar o seu pedido com o agendamento.

Na data e hora marcada do mês de junho de 2018, ela estava pronta para realização do exame, porém saiu do local do exame com uma notícia que

não era boa. O resultado do exame deu alterado, ela não sabia bem que alteração era, mas sabia que era grave, afinal se tratava do coração, e toda família já tinha “problema de coração”.

Foi orientada a levar imediatamente o exame para o médico solicitante e então ela foi com exame alterado na mão, coração aflito e muita preocupação para o postinho. Chegando lá recebeu a notícia que o seu médico estava de férias e não havia substituto para ele. Alguns dias depois sentiu uma dor forte, foi quando resolveu “pagar um cardiologista, desses mesmo de clínica popular, ele só olhou e foi direto ao ponto: você está com 80% da sua artéria entupida, você está correndo risco de vida, você pode ter infarto a qualquer momento e me preparou...”

O cardiologista pediu um cateterismo e um remedinho para as artérias e orientou a jovem senhora que se passar mal ou sentir dor no peito era para procurar imediatamente um pronto socorro. Então voltou no posto, deixou “o papel do cateterismo e que ficou lá a Deus dará” por uns 15 dias.

Depois desse período, a mulher acordou durante a madrugada de domingo, era uma hora da madrugada, sentia o coração acelerado. Procurou a emergência conforme foi orientada. Foi direto para o Mario Gatti, e ficou dois dias na emergência, e depois foi para o quarto. Lá agendaram o cateterismo na PUCC, e na sexta feira seguiu para a realização do exame, de ambulância, e depois, o programado era voltar para o Mario Gatti, mas isso não aconteceu.

O exame aconteceu de fato no sábado, mas depois do procedimento ela viu os demais pacientes que foram com ela retornar ao hospital de origem e ela recebeu, apenas orientação para ficar quieta e não se mexer, não podia nem

ao menos ir ao banheiro. Viu alguns profissionais cochichando e foi então que resolver questionar o que estava acontecendo a uma moça. Foi quando recebeu a notícia que não ia sair dali, pois o estado é muito grave, e a levaram para o quarto e providenciaram os exames. Fizeram exames, exames e já marcaram a cirurgia para a próxima terça-feira, 20 de novembro. O medo bateu, mas depois de confirmar a necessidade de fazer a cirurgia com o cirurgião, disse: “seja o que Deus quiser, estou na mão dele e de vocês.” E assim foi para a cirurgia.

Atualmente está em acompanhamento pós-cirúrgico na PUCC. Já teve uma consulta e saiu com solicitações de exames e um retorno agendado para setembro de 2019, nove meses após a consulta. Mas as vezes tem sentido mal e já teve a necessidade de procurar o pronto atendimento da PUCC e lá foi atendida pelo clínico.

Relata que depois da cirurgia procurou o posto de saúde para agendar a sua consulta pós operatória, mas novamente teve demora para a realização do agendamento com o cardiologista e depois de muito brigar foi agendada na própria PUCC.

7 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo apresentou a trajetória de alguns indivíduos durante o tratamento da doença cardíaca que culminou na cirurgia. Durante essa trajetória foi possível verificar que grande parte dos indivíduos operados eram homens, em relação a escolaridade, quase a metade tinha cursado o fundamental incompletamente e que um terço dos entrevistados estavam aposentados.

Durante as entrevistas foi possível observar algumas barreiras que esses indivíduos tiveram que superar para conseguir acessar a rede, tais como a falta de profissional médico na atenção primária, a demora na realização dos exames necessários, a falta de comunicação entre serviços, principalmente de outros municípios da região, o que denota a fragmentação da rede em oposição ao princípio da universalidade que é fundamental no sistema de saúde brasileiro.

É relevante o surgimento das clínicas populares no trajeto dos usuários em busca da solução do seu problema. Esses serviços entram e ganham força valendo-se das lacunas deixadas, principalmente pela atenção básica, e acabam por atuar como demandadoras do sistema público de saúde. É possível presumir que a crise econômica e da saúde fez crescer esse tipo de negócio, trazendo junto questionamentos sobre a individualização do cuidado e o quanto esse tipo de serviço sobrecarrega os níveis secundários e terciários do SUS. Importante avaliar até que ponto os usuários que utilizam recursos dessas clínicas passam na diante daqueles que não tem recursos para lançar mão desse artifício.

Podemos concluir que o município carece de serviços resolutivos de atenção primária à saúde, que esses se constituam com equipes de saúde completas, disponibilidade de exames complementares, medicamentos e outros serviços especializados necessários, também, com maior densidade tecnológica, além de uma organização regional integrada, por meio das redes de atenção à saúde. Ainda, avaliamos a necessidade de abertura de outras portas de entrada para além da atenção primária, como forma de acelerar e qualificar o atendimento do paciente que já tenha um diagnóstico, haja vista que, como identificamos na presente pesquisa, os pacientes se utilizam de serviços privados complementares para tanto.

Ainda, o quanto estudamos, avaliamos e extraímos das informações acerca do diagnóstico, três aspectos puderam ser verificados: o aparecimento repentino da doença, como nos casos do infarto agudo do miocárdio; a possibilidade de não compreensão, pelo paciente, do diagnóstico feito anteriormente; e o diagnóstico não realizado em tempo oportuno. Com base nessas verificações é possível sugerir ações de intervenção em pelos menos duas delas.

A primeira, a tentativa de construção, junto às equipes de saúde da família, de uma linguagem mais clara para os usuários, reforçando o papel da equipe multidisciplinar nesse cenário e a elaboração de políticas para que o assunto seja mais difundido na sociedade. Outra intervenção relevante é o estímulo para que os serviços atuem de acordo com protocolos já vigentes e propostos pelo Ministério da Saúde, tendo a clareza da necessidade de ter um suporte profissional e tecnológico nas diversas portas de entrada do usuário,

bem como em toda rede por onde esse indivíduo irá transitar evitando assim, situações de estresse e traumas.

Como anteriormente descrevemos, notamos um ciclo em que impera a necessidade de reclassificação dos procedimentos de caráter eletivo para emergencial e que, à evidência, gera maior custo ao sistema, elevando o número de consultas ambulatoriais, o consumo de medicamentos por períodos prolongados, e a maior utilização do serviço de Pronto Atendimento, bem como a necessidade de revisão dos exames pré-operatórios.

Tomando-se por base a organização aqui proposta, é possível presumir a redução do número de cirurgias de emergência, assim como, dos longos períodos de internação, o que possibilitaria uma economia de gastos relacionados não apenas propriamente às internações, mas ainda, às complicações decorrentes das internações de longa duração. Em resumo, uma melhor gestão da fila cirúrgica poderia desencadear um novo ciclo, trazendo a possibilidade de tratamento do paciente em tempo oportuno para que o mesmo retorne as suas atividades habituais e laborativas, nesse último caso, como consequência, teríamos também, a redução dos pedidos de auxílios saúde ou aposentadoria por invalidez.

Caso 4 – *TER UM AMIGO MÉDICO É SEMPRE BOM...*

Um simpático senhor, administrador por formação, mas como ele gosta de se auto denominar, contador prático, era morador da região sul da cidade. No auge dos seus 75 anos, praticante regular de atividade física, jogava um futebol com os amigos sempre e que se orgulhava em dizer que só foi ao

Centro de Saúde para “efeito de encaminhamento, mas nunca para uma consulta”, viu, há quatro anos as coisas começarem a ficar diferente.

Em 2015, foi fazer os exames, que fazia todos os anos, e pela primeira vez fez o que ele chamou de “o ergométrico”. Depois do exame, o médico, que era particular, pediu o cateterismo. Até estranhou, por que nunca imaginava em ter doença no coração, pois jogava futebol, caminhada, era uma pessoa ativa.

Fez o exame e acusou que a coronária esquerdada estava 50% comprometida. O médico receitou o AAS e disse que em três ou quatro anos viriam isso novamente. Tocou a vida normal. Ano passado, quando estava completando três anos pós exame, procurou novamente um médico, dessa vez um médica que atendia pelo Dr. Prime, fez novamente o teste ergométrico, e no retorno a mesma solicitou um cateterismo. Ficou muito preocupado, pois o seu plano de saúde só cobre consultas médicas, internações e exames caros, como o cateterismo, somente pelo SUS e não tinha “grana” para pagar e deixou para lá e não fez exame nenhum.

Quando caminhava ou jogava futebol sentia um incômodo, como se tivesse engolido uma bala inteira, e em uma noite, durante uma partida de futebol com os amigos, em um clube perto de casa, passou mal, começou a transpirar e ficou branco como papel. Neste momento parou de jogar e foi para casa, ficou preocupado, mas logo melhorou e seguiu a vida em frente e no mesmo dia foi para roda de samba com os amigos.

A preocupação não passou e foi então que resolveu procurar uma amiga que é fisioterapeuta e casada com médico cardiologista, e pediu para que ele olhasse os seus exames. Contou do mal estar durante a partida de futebol. O

médico, após olhar os exames e fazer um exame clínico, disse que não tinha tido um infarto, foi então que perguntou ao médico se haveria uma forma de agilizar o exame, o cateterismo, afinal esse médico fazia exames na PUCC.

Uma semana depois ele recebeu uma ligação desse médico perguntando se ele poderia ir ao ambulatório da PUCC. Chegando lá foi submetido a uma bateria de exames e confirmado a necessidade de fazer o cateterismo, e novamente solicitou ajuda ao amigo médico para realizar o exame. Alguns dias depois, recebe uma ligação dessa amiga fisioterapeuta pedindo que fosse para a PUCC naquele mesmo dia, levando os exames que havia feito.

Chegando lá foi encaminhando para a internação e no dia seguinte foi feito o cateterismo e logo veio o resultado, e havia a necessidade de fazer cirurgia. Ficou acomodado na emergência por, aproximadamente, 24 horas, e logo que vagou um quarto foi acomodado nele e seis dias depois estava indo para a cirurgia cardíaca. Foi logo depois do almoço do dia 26 de setembro de 2018. Depois teve mais seis dias de recuperação.

Atualmente encontra-se acompanhado no ambulatório da PUCC e continua afirmando que não precisa passar pelo posto de saúde. Não tem nada contra o posto, só não precisa.

Caso 5 – MARIA, DO CENTRO DE SAÚDE ATÉ A CIRURGIA CARDÍACA...

Maria, uma senhora muito risonha de 68 anos, que trabalha como doméstica, e tinha voltado a estudar na turma de educação para jovens e adultos, já tinha tido no passado um AVC.

Frequentava o posto de saúde com regularidade, onde cuidava da pressão e do colesterol alto, recém-aparecido na sua vida. Também tratava da cansaça e falta de ar. Afirma que gostava de participar dos grupos e não faltava as consultas médica. O clínico do posto, fez um encaminhamento para o cardiologista e depois de um mês lá ia dona Maria, para a consulta com o Cardiologista no ambulatório do Hospital Municipal Mario Gatti. Lá passou por uma consulta e o cardiologista pediu para fazer um exame, que era feito somente na Pucc.

Dona Maria, foi no dia e horário agendado, 15 dias depois da consulta com o cardiologista, para fazer o tão famoso exame na Pucc, que era feito pelo braço. Durante a realização do mesmo ela passou muito mal, foi então que não a deixaram sair de lá. Não podia nem levar o exame para o médico do ambulatório e ficou internada na Pucc durante 30 dias até chegar o dia que poderia fazer a cirurgia. Afirma que o que causou o seu problema no coração foi nervoso e diz que todas as consultas e exames foram feitos pelo SUS.

Depois da cirurgia, voltou a ser acompanhado pelo ambulatório de cardiologia do Hospital Municipal Mario Gatti e rotineiramente vai ao posto para as suas consultas médicas e com enfermeiro, para pegar medicação e outras coisas.

8 - REFERÊNCIAS

- 1 - OPAS/OMS Brasil – **Doenças cardiovasculares**. Acesso em: 10 de junho de 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5253:doencas-cardiovasculares&Itemid=839
- 2 - Brasil. Ministério da Saúde (MS). Inquérito Domiciliar sobre Comportamentos de Risco e Morbidade Referida por Doenças e Agravos não Transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002/2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004. Acesso em 02 de novembro de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n11/v17n11a12.pdf>
- 3 - Diretriz da Sociedade Brasileira de Cardiologia e da Sociedade Brasileira de Hemodinâmica e Cardiologia Intervencionista Sobre Intervenção Coronária Percutânea. ArqBrasCardiol 2017 109(1Supl.1):1-81. Acesso em 10 de junho de 2018. Disponível em: http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes/2017/03_DIRETRIZ_SBHCI.asp
- 4 - Viacava F et al . Diferenças regionais no acesso a cirurgia cardiovascular no Brasil, 2002 -2010. Ciênc. saúde coletiva [Revista em Internet], Rio de Janeiro , v. 17, n. 11, p. 2963-2969, Nov. 2012. Acesso em 04 de novembro de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100013&lng=en&nrm=iso
- 5 - Amorim T , Salimena A : Processo cirúrgico cardíaco e suas implicações no cuidado de enfermagem: reflexão. HU Revista, Juiz de Fora, v. 41, n. 3 e 4, p. 149-154, jul./dez. 2015
- 6 – Brasil. nº 1169/GM de 15 de junho de 2004. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1169_ac.htm .
- 7 – Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007. 248 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 9)
- 8 – Brasil. Portaria SAS/MS n. 210, de 15 de junho de 2004. Conceituou os serviços, estabeleceu prazos, fluxos e exigências mínimas para integrar a Rede de Atenção Cardiovascular, alterada pela Portaria SAS/MS n. 123, de 28 de fevereiro de 2005 e pela Portaria SAS/MS n. 384, de 26 de maio de 2006. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- 9 - Brasil. O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. p. 27 e 140. Disponível em <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/>.

- 10 - Hartz Z , Contandriopoulos A .Integralidade da atenção e integração de serviços: desafios para avaliar um sistema “sem muros”. Cadernos de Saúde Pública, 20: 5331-5336, 2004.
- 11 - Mendes E. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.
- 12 - Gil A. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- 13 – Selltiz C, Wrightsman L, Cook S. Métodos de pesquisa das relações sociais. São Paulo: Herder, 1965.
- 14 - Piovesan A, Temporini E. Pesquisa exploratória: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. Rev. Saúde Pública [Revista eletrônica], São Paulo , v. 29, n. 4, p. 318-325, Aug. 1995. Acesso em 27 de junho de 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101995000400010&lng=en&nrm=iso
- 15 – Brasil - portaria-nº-210-Política-Nacional-de-Atenção-Cardiovascular. Acesso em: 24 de setembro de 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2004/prt210_15_06_2004.html.
- 16 – Campinas. Protocolo da Atenção Básica – condições crônicas não transmissíveis. Acesso em 24 de setembro de 2018. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/programas/protocolos/DCNT/Protocolo_Condicoes_Cronicas_2017_18_01_2018.
- 17 – Campinas. Manual de Cardiologia 2016 – Acesso em 25 de setembro de 2018. Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/especialidades/cardiologia/Manual_de_Cardiologia_2016_rev_out_2016.
- 18 – Brasil. Resolução 466 – Acesso em 25 de setembro de 2018. Acesso em 27 de setembro de 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html
- 19 – Brasil. Portaria Nº 1169. Acesso em 26 de junho de 2019. Acesso em 27 de setembro de 2018. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/portaria_1169_ac.htm.
- 20 – Campinas. Conheça Campinas [Página na Internet] . Acesso em 27 de setembro de 2018. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/sobre-campinas/campinas.php>
- 21 – Campinas. Secretaria Municipal de Saúde [Página na Internet]. Acesso em 27 de setembro de 2018. Disponível em: <http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/>

- 22 – Campinas. Diário oficial do município [Página na Internet]. Acesso em 27 de setembro de 2018. *Publicação DOM 22/04/2014: p.1-2 Disponível em:* <http://campinas.sp.gov.br/uploads/pdf/877899171.pdf>
- 23 – Campinas. Portal da Prefeitura Municipal. Acesso em 09 de setembro de 2019 [Página na Internet] . Disponível em: http://www.saude.campinas.sp.gov.br/saude/rel_gestao/2018/RDQA_3o_quadri_mestre_2018/DEAR/3o_RDQA_2018_DEAR_CSAPTA.pdf.
- 24 – Brasil. CNES. Acesso em 06 de setembro de 2019. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/consultas.jsp?#>
- 25 – Portal do Hospital de Clínicas da Unicamp [Página na Internet]. Acessos em 06 de setembro de 2019. Disponível em: <https://www.hc.unicamp.br/node/24>.
- 26 - Portal do Hospital de Clínicas da Unicamp [Página na Internet]. Acessos em 06 de setembro de 2019. Disponível em: <https://www.hc.unicamp.br/node/188>.
- 27 – Portal da PUC Campinas [Página na Internet]. Acesso em 06 de setembro de 2019. Disponível em: <http://www.hospitaldapuc-campinas.com.br/historia-e-valores/>.
- 28 – Campinas. Portal da Transparência do município [Página na Internet]. Acesso em 27 de junho de 2018. Disponível em: <http://www.campinas.sp.gov.br/governo/assuntos-juridicos/contratos.php?p=1+&contratada=PUC>.
- 29 – Sociedade Brasileira de Cardiologia [Página na Internet]. Acesso em 08 de dezembro de 2019. Disponível em: <http://sociedades.cardiol.br>.
- 30 - Gomes A et al . Relação médico-paciente: entre o desejável e o possível na atenção primária à saúde. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 22, n. 3, p. 1101-1119, 2012 . Acesso em 15 de dezembro de 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312012000300014&lng=en&nrm=iso.
- 31 - Peixoto S et al . Custo das internações hospitalares entre idosos brasileiros no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília , v. 13, n. 4, p. 239-246, dez. 2004. Acesso em 27 de dezembro de 2019. Disponível em
- 32 – Sarmiento Junior K et al. O problema da fila de espera para cirurgias otorrinolaringológicas em serviços públicos. *Revista brasileira de otorrinolaringologia* 71 (3) parte 1 maio/junho 2005. Acesso em 28 de dezembro de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rboto/v71n3/a01v71n3.pdf>.

33 – Juliano M, Yunes M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. Acesso em 18 de novembro de 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/asoc/v17n3/v17n3a09.pdf>.

34 - USP – Agencia Universitária de Notícias [Página na Internet]. Acesso em 15 de novembro de 2019. Disponível em: <https://paineira.usp.br/aun/index.php/2018/07/30/clinicas-populares-introduzem-quarta-revolucao-no-mercado-da-saude/>.

35 - Médicos de hospitais de ponta abrem clínica em favela de SP. G1 São Paulo [Página na Internet]. Acesso em 15 de novembro de 2019. Disponível em: <http://g1.globo.com/sao-paulo/noticia/2012/07/medicos-de-hospitais-de-ponta-abrem-clinica-em-favela-de-sp.html>.

36 - Jurca R. Individualização social, assistência médica privada e consumo na periferia de São Paulo. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Acesso em 18 de novembro de 2019. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-04052018-113137/publico/RicardodeLimaJurcaSIMPLIFICADA.pdf>

APÊNDICE

ROTEIRO

1ª Parte

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Sexo: _____

Centro de Saúde: _____

Diagnóstico pré-cirurgia: _____

Data do Diagnóstico: _____

Data da Cirurgia: _____ () Eletiva () Emergência

Raça/cor: _____

Escolaridade: () Analfabeto () fundamental ou 1o grau incompleto () fundamental ou 1o grau completo () médio ou 2o grau incompleto () médio ou 2o grau completo () superior incompleto () superior completo () pós-graduação.

Profissão : _____ Ocupação: _____

Renda Aproximada: _____

Possui Plano de Saúde: () Sim. Qual? _____ () Não.

2ª Parte

A - O que você pensa que causou o seu problema de saúde e quando esse problema começou?

B - O que você fez desde que a sua doença começou?

1 - Você passava regularmente com o médico clínico no Centro de Saúde:
() Sim () Não

2 - Qual (is) doenças eram tratadas no Centro de Saúde? () HAS () DM
() Colesterol Alto () Doença no Coração

3 - Você teve encaminhamento para o cardiologista? () Sim () Não

4 - Foi atendido pelo cardiologista da Rede ou Cardiologista particular?

5 - Caso tenha sido atendido por Cardiologista particular qual foi o motivo?

() Demora () Distância da residência ao local de atendimento () Não
confiança no atendimento público () possui convênio médico () Outros:
_____ () Não se aplica

6 - Demorou quanto tempo para ser agendado o Cardiologista da Rede?
 _____ () Não se aplica

7 - Quantos atendimentos você teve com o cardiologista? _____
 () Não se aplica

8 - Realizou exames pedidos pelo cardiologista? () Sim () Não () Não se aplica

9 - Os exames foram feitos pelo: () SUS () Particular () Não se aplica

10 - Caso tenha feito os exames particular qual foi o motivo? () Demora () Distância da residência ao local de atendimento () Não confiança no atendimento público () possui convênio médico () Outros: _____
 () Não se aplica

11 - Você teve encaminhamento para o cirurgião cardiovascular?
 () Sim () Não () Não se aplica

12 - Demorou quanto tempo para ser agendado o Cirurgião Cardíaco da Rede?
 _____ () Não se aplica

13 - Foi atendido pelo Cirurgião Cardíaco da Rede ou Cardiologista particular?
 _____ () Não se aplica

14 - Caso tenha sido atendido por Cirurgião Cardíaco particular qual foi o motivo?
 () Demora () Distância da residência ao local de atendimento () Não confiança no atendimento público () possui convênio médico () Outros: _____ () Não se aplica

15 - Durante todo o processo de atendimento você teve algum atendimento no setor de emergência hospitalar? () Sim () Não

16 - Em caso positivo, o atendimento foi em qual hospital?

C – Como que foi o acesso para realização da cirurgia cardíaca?

1 - Quem decidiu pelo procedimento cirúrgico? () médico cardiologista () Cirurgião Cardíaco () Médico do setor de emergência hospitalar

2 – Onde você agendou a sua cirurgia? () hospital () ambulatório () outra unidade de saúde () outros: _____

3 – Quanto tempo levou entre o pedido da cirurgia e o agendamento da mesma? _____ () Não se aplica

4 – Quais locais você teve que procurar para que o agendamento da cirurgia tivesse sucesso?

5 – Tiveram pessoas que facilitaram ou dificultaram o acesso a cirurgia?

Facilitaram: _____

Dificultaram: _____

D – Teve medo em relação a realização da cirurgia? () Não () Sim. Fale o que você fez para superar o seu medo:

E – Está sendo acompanhado no pós cirúrgico?

() Não () Sim. Onde? _____

F – A cirurgia impactou no seu trabalho? () Não () Sim. Como?

() Está aposentado () Está recebendo auxílio doença () Está trabalhando sem carteira assinada () Está recebendo ajuda da Família/amigos () Teve mudança no ambiente de Trabalho () Está fazendo artesanato () Outros:

G – O que gostaria de relatar sobre sua trajetória nesse processo?

