

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

GRACIANO ALMEIDA SUDRÉ

Produção do cuidado no contexto das pessoas com artrite reumatoide

RIBEIRÃO PRETO

2023

GRACIANO ALMEIDA SUDRÉ

Produção do cuidado no contexto das pessoas com artrite reumatoide

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de saúde

Orientadora: Silvia Matumoto

RIBEIRÃO PRETO

2023

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Sudré, Graciano Almeida

Produção do cuidado no contexto das pessoas com artrite reumatoide. Ribeirão Preto, 2023.

192 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP.
Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientadora: Sílvia Matumoto

1. Artrite reumatoide. 2. Itinerário terapêutico. 3. Análise institucional. 4. Necessidades e demandas de serviços de saúde. 5. Integralidade em saúde.

SUDRÉ, Graciano Almeida

Produção do cuidado no contexto das pessoas com artrite reumatoide

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde
Pública.

Aprovado em/...../.....

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

DEDICATÓRIA

Às pessoas com artrite reumatoide que aguardam o funcionamento pleno do SUS, que persistem. Enquanto peregrinam em busca de cuidados, estabelecem vínculos, dialogam, apresentam suas necessidades.

Aos trabalhadores do SUS, que também sofrem com a falta de recursos, estrutura, resposta, capacitação, apoio. Imersos nessa verdadeira função inventiva, costuram retalhos no cotidiano, resistem.

Aos gestores que se responsabilizam – ânimo!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

À Nossa Senhora Aparecida, São Francisco, São Sebastião e À Santíssima Trindade pelos dons concebidos do Espírito Santo, intercessão, guarda e proteção

À minha amada esposa Mayara, por me acompanhar e participar ativamente da minha trajetória, mãe dos meus filhos, amiga de trabalho, amiga de graduação, amiga de doutorado, que assume um lugar importantíssimo na minha vida

Aos meus filhos, Mariah e Murilo, por me tirarem de qualquer possibilidade de caos, estresses ou tristeza, por estarem sempre me apoiando, por terem sido tão resilientes e compreensivos nesse período e por todo imensurável amor

À minha mãe e ao meu pai, Arzeth e Sodré, que não medem esforços para acompanhar e participar das minhas batalhas, sempre que podem e sempre que preciso, em especial nas demonstrações de orgulho, afeto e acolhida

À minha irmã Arzihelen, cunhadas Bruna, Jacqueline, Flávia e Adriana e aos cunhados Sérgio, Amilton, Cristiano e Bibiu, que sempre me incentivaram

Às afilhadas Carolina, Geovana e Marcelly e ao afilhado Vitor Gabriel, por sorrirem e demonstrarem essa alegria contagiante. Aos afilhados Luiz Carlos e Maria Fernanda por me mostrarem o valor dessa responsabilidade em Cristo

Ao sogro Marcelo por mostrar que a vida é uma viagem, à sogra Catarina por mostrar o valor da oração, à sogra Telmita por mostrar que a vida é liberdade

À minha gigantesca família, e à família da minha esposa, que sempre me apoiaram, independente da minha necessidade, ao menos com um abraço. Em especial à madrinha Maria Sodré; ao padrinho de batismo Tião (in memoriam), de crisma Wagmar.

Aos meus avós, vó Ana e vô Demã, por sempre acreditarem na minha capacidade. Vó Bena (in memoriam), por ter me apoiado e incentivado nos estudos. Ao vô Graciano, dona Olinda, seu Marcelino e dona Braz (in memoriam), - maturidade, fé e paciência

Aos inesquecíveis - tia Graça, tia Iria, Márcia e Márcio Rocha (in memoriam), por me encherem de perseverança, luta e esperança

À Professora Silvia Matumoto por acreditar na força transformadora da educação e guiar, com tanta maestria e afeto, todos que se aproximam com sede de aprendizagem. Pela possibilidade que me ofertou de transformar minha visão de mundo e minha interpretação da realidade. Ao Sabiá que apoia essa jornada, com no mínimo, uma xícara de um café de qualidade

Ao Núcleo de Pesquisas e Estudos em Saúde Coletiva - NUPESCO, professoras, estudantes e pesquisadores que tanto contribuíram com meu crescimento, em especial às Professoras Silvana Mishima, Cinira Magali Fortuna, Angelina Lettiere Viana, Tauani Zampieri Fermino que

tive o privilégio de conhecer

Ao amigo Igor Henrique Teixeira Fumagalli e Maurício Raposo pela inestimável parceria e imensurável acolhida, aos colegas de RMSFC Luana Lago e Flavio Adriano Borges, por toda paciência, ensinamentos e generosidade. Aos amigos Pardal, Dany, Suellen, Agildo, Laura e Marcondes

À Universidade Federal de Rondonópolis (UFR), Faculdade de Ciências da Saúde (FCS),
Curso de Medicina - alunos e colegas de trabalho

À Universidade Federal de Mato Grosso, Anhanguera Educacional, Universidade Federal de São Carlos, Universidade Federal de São Paulo, Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio Libanês, Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Psicologia Social Pichon-Rivière, Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Universidade de São Paulo (EERP/USP) por contribuírem com meu itinerário formativo

Aos usuários e trabalhadores do SUS

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001

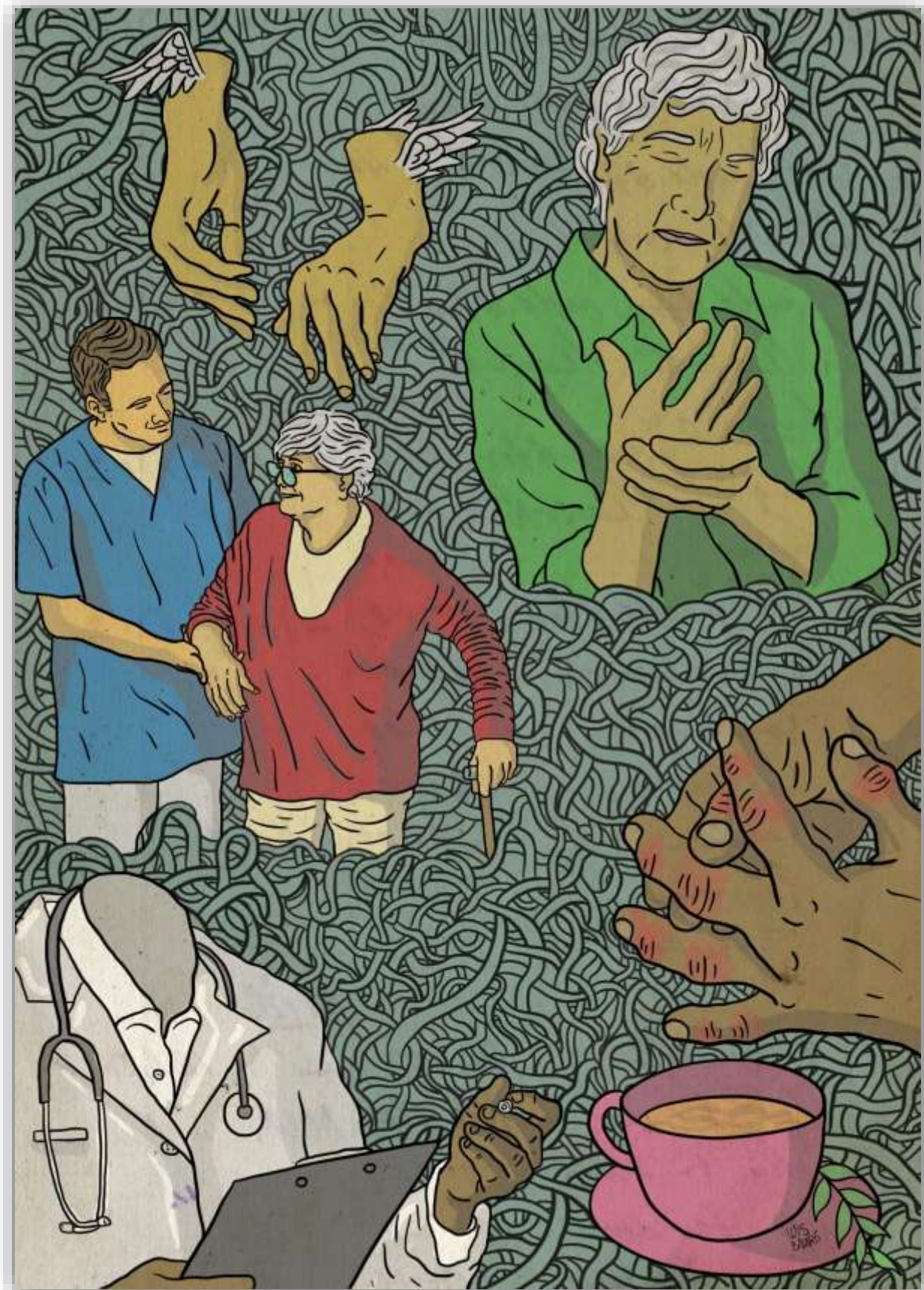


Ilustração - Luis Badaró

A maior riqueza do homem

A maior riqueza do homem
é a sua incompletude.
Nesse ponto sou abastado.
Palavras que me aceitam como
sou - eu não aceito.
Não aguento ser apenas um
sujeito que abre
portas, que puxa válvulas,
que olha o relógio, que
compra pão às 6 horas da tarde,
que vai lá fora,
que aponta lápis,
que vê a uva etc. etc.
Perdoai
Mas eu preciso ser Outros. (...)

Manoel de Barros

RESUMO

SUDRÉ, G. A. **Produção do cuidado no contexto das pessoas com artrite reumatoide**. 2023. 192 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, 2023.

O modo de produzir o cuidado ocorre na relação entre trabalhador da saúde e a pessoa a ser cuidada, por meio de instrumentos, saberes ou pelas relações estabelecidas no próprio encontro. Nesse processo as distintas formas de produção do cuidado são entendidas à luz da concepção de saúde dos envolvidos na prática cuidativa. No contexto da pessoa com artrite reumatoide a falta de intervenção em momento oportuno pode acarretar em dores, processos inflamatórios, deformidades e incapacidades. Com o objetivo de analisar a produção do cuidado no contexto das pessoas com artrite reumatoide, por meio de uma abordagem qualitativa, foi possível o deslocamento do pesquisador *in-mundo* para construção de uma pesquisa interferência, apoiado em alguns conceitos da análise institucional. Nesse processo, acompanhado pelo diário de pesquisa, foi possível caminhar pela produção de itinerários terapêuticos de seis mulheres com artrite reumatoide; construir fluxogramas analisadores com trabalhadores dos diferentes serviços, equipes da atenção primária à saúde e do centro de especialidades e apoio diagnóstico do município de Rondonópolis-MT, e experimentar momentos de reflexão com grupos de trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde. Como resultado a constatação coletiva de um cuidado médico centrado, com todos os seus elementos instituídos (medicalização, fracionamento do indivíduo, foco na doença), produtor de esperas, filas, restrições no acesso – que não viabiliza a produção de cuidados e sim a produção de atos burocráticos. É urgente, a necessidade de fomentar forças instituintes que permitam o desenvolvimento de intervenções pautadas nas necessidades de saúde, para viabilizar uma produção do cuidado com base no alcance de boas condições de vida; acesso irrestrito às ações e serviços, vínculos com trabalhadores que se responsabilizem pelo cuidado e disparem estímulos de autonomia e autocuidado. Além disso, fomentar a possibilidade de autoanálise e autogestão para que, grupos de gestores e trabalhadores, imergidos em processos reflexivos consigam repensar as ações e desenvolver estratégias instituintes para reorganizar a centralidade do cuidado para pessoa a ser cuidada. Como pistas para novas interferências: a queixa de dor não pode ser banalizada, é necessário resgatar as ações de matriciamento e investir em protocolos que definam as responsabilidades, em especial, na garantia do acesso e do cuidado longitudinal.

Palavras-chave: Artrite reumatoide. Itinerário terapêutico. Análise institucional. Necessidades e demandas de serviços de saúde. Integralidade em saúde.

RESUMEN

SUDRÉ, G. A. **Producción de cuidados en el contexto de personas con artritis reumatoide.** 2023. 192 s. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Programa de Posgrado en Enfermería en Salud Pública, Ribeirão Preto, 2023.

La forma de producir el cuidado se da en la relación entre el trabajador de la salud y la persona a cuidar, a través de instrumentos, saberes o las relaciones que se establecen en el encuentro mismo. En ese proceso, las diferentes formas de producción del cuidado son comprendidas a la luz del concepto de salud de los involucrados en la práctica del cuidado. En el contexto de la persona con artritis reumatoide, la falta de una intervención oportuna puede derivar en dolor, procesos inflamatorios, deformidades y discapacidades. Con el objetivo de analizar la producción del cuidado en el contexto de las personas con artritis reumatoide, a través de un enfoque cualitativo, fue posible que la investigadora se moviera en el mundo para construir una investigación de interferencia, apoyada en algunos conceptos de análisis institucional. En ese proceso, acompañado del diario de investigación, fue posible recorrer la elaboración de itinerarios terapéuticos de seis mujeres con artritis reumatoide; construir diagramas de flujo del analizador con trabajadores de diferentes servicios, equipos de atención primaria de salud y el centro de especialidad y apoyo diagnóstico en el municipio de Rondonópolis-MT, y vivir momentos de reflexión con grupos de trabajadores y gestores del Sistema Único de Salud. Como resultado, la realización colectiva de una atención médica centrada, con todos sus elementos instituidos (medicalización, fraccionamiento individual, focalización en la enfermedad), productora de esperas, colas, restricciones de acceso - que no posibilita la producción de cuidados, sino la producción de actos burocráticos. Urge impulsar fuerzas instituyentes que permitan el desarrollo de intervenciones basadas en las necesidades de salud, para posibilitar la producción de cuidados basados en la consecución de buenas condiciones de vida; acceso irrestricto a las acciones y servicios, vínculos con los trabajadores responsables del cuidado y desencadenantes de estímulos de autonomía y autocuidado. Además, propiciar la posibilidad de autoanálisis y autogestión para que grupos de directivos y trabajadores, inmersos en procesos reflexivos, sean capaces de repensar acciones y desarrollar estrategias instituyentes para reorganizar la centralidad del cuidado a la persona a ser cuidada. Como pistas para nuevas interferencias: la queja de dolor no puede ser banalizada, es necesario rescatar acciones matriciales e invertir en protocolos que definan responsabilidades, en particular, en garantizar el acceso y la atención longitudinal.

Palabras clave: Artritis reumatoide. Itinerario terapéutico. Análisis institucional. Necesidades y demandas de los servicios de salud. Integralidad en salud.

ABSTRACT

SUDRÉ, G. A. **Production of care in the context of people with rheumatoid arthritis**. 2023. 192 f. Thesis (Doctorate) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Program in Public Health Nursing, Ribeirão Preto, 2023.

The way of producing care occurs in the relationship between the health worker and the person to be cared for, through instruments, knowledge or the relationships established in the meeting itself. In this process, the different forms of care production are understood in the light of the health concept of those involved in the care practice. In the context of the person with rheumatoid arthritis, the lack of timely intervention can lead to pain, inflammatory processes, deformities and disabilities. With the objective of analyzing the production of care in the context of people with rheumatoid arthritis, through a qualitative approach, it was possible for the researcher to move in-world to build an interference research, supported by some concepts of institutional analysis. In this process, accompanied by the research diary, it was possible to walk through the production of therapeutic itineraries of six women with rheumatoid arthritis; build analyzer flowcharts with workers from different services, primary health care teams and the specialty center and diagnostic support in the municipality of Rondonópolis-MT, and experience moments of reflection with groups of workers and managers of the Unified Health System. As a result, the collective realization of a centered medical care, with all its instituted elements (medicalization, individual fractionation, focus on the disease), producer of waits, queues, access restrictions - which does not enable the production of care, but the production of bureaucratic acts. There is an urgent need to foster instituting forces that allow the development of interventions based on health needs, to enable the production of care based on the achievement of good living conditions; unrestricted access to actions and services, links with workers who are responsible for care and trigger autonomy and self-care stimuli. In addition, promoting the possibility of self-analysis and self-management so that groups of managers and workers, immersed in reflective processes, are able to rethink actions and develop instituting strategies to reorganize the centrality of care for the person to be cared for. As clues for new interferences: the complaint of pain cannot be trivialized, it is necessary to rescue matrix actions and invest in protocols that define responsibilities, in particular, in guaranteeing access and longitudinal care.

Keywords: Rheumatoid arthritis. Therapeutic itinerary. Institutional analysis. Health service needs and demands. Integrality in health.

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1	Localização do município de Rondonópolis, Mato Grosso e população estimada.....	46
Imagem 2	Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico Albert Sabin.....	47
Imagem 3	Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis, Mato Grosso.....	47

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Base teórica e a interrelação das interferências que subsidiaram a análise da produção do cuidado no contexto da pessoa com artrite reumatoide.....	42
Figura 2	Itinerário Terapêutico Vernônia.....	60
Figura 3	Itinerário Terapêutico Dona Córdia.....	65
Figura 4	Itinerário Terapêutico Sra. Suku.....	69
Figura 5	Itinerário Terapêutico Dona Balê.....	72
Figura 6	Itinerário Terapêutico Dona Bidens.....	75
Figura 7	Itinerário Terapêutico Glycine.....	77
Figura 8	Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G1A1.....	85
Figura 9	Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G1A2.....	87
Figura 10	Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G1A3.....	89
Figura 11	Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G2B1.....	91
Figura 12	Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G2B2.....	93
Figura 13	Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G3C1.....	95
Figura 14	Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G3C2.....	97
Figura 15	Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G3C3.....	99
Figura 16	Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G4D1.....	101
Figura 17	Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G4D2.....	103
Figura 18	Fluxograma analisador do Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico Albert Sabin, Grupo E1.....	127
Figura 19	Fluxograma analisador do Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico Albert Sabin, Grupo E2.....	129
Figura 20	Camadas/planos das interferências realizadas por meio do itinerário terapêutico, fluxograma analisador e grupos reflexivos.....	151

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Síntese da caracterização das participantes da pesquisa, nome, idade, estado civil, tratamento medicamentoso, tratamento medicamentoso prévio, comorbidades, tempo para diagnóstico (meses), observações....	58
Quadro 2	Síntese dos processos reflexivos dos grupos/subgrupos da Atenção Primária a Saúde diante do itinerário terapêutico da pessoa com artrite reumatoide.....	83
Quadro 3	Fragmento do diário de pesquisa apresentado ao grupo do CEADAS....	119

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
AR	Artrite Reumatoide
CEADAS	Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico Albert Sabin
MMCD	Medicamentos Modificadores do Curso da Doença
MT	Mato Grosso
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SMA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

	Apresentação	20
1	Introdução	25
2	Pressupostos	32
3	Objetivos	34
3.1	Objetivo Geral	35
3.2	Objetivos Específicos	35
4	Justificativa	36
5	Marco Teórico Conceitual	38
5.1	Algumas rotas para lidar com conceitos importantes no processo de produção do cuidado em saúde	39
5.2	A análise institucional e alguns conceitos	41
6	Percurso Metodológico	45
6.1	Aproximação ao campo de pesquisa: o que tornar observável	46
6.2	Pesquisa interferência	48
6.3	Encontro com as pessoas com artrite reumatoide: entrevista e produção dos itinerários terapêuticos	49
6.4	Revisitando com grupos de reflexão da atenção primária à saúde o itinerário terapêutico e os fluxogramas analisadores	51
6.5	Grupo de reflexão no centro de especialidades: possibilidades de expressão e escuta	52
6.6	Grupo de reflexão com os gestores: funcionamento do CEADAS e um olhar sobre a pesquisa	53
6.7	O diário de pesquisa: outras vistas do ponto	53
6.8	Considerações sobre a produção e análise dos dados no contexto da pandemia de COVID-19	54
6.9	Considerações éticas	54
7	Apresentação dos Resultados	55
7.1	Mulheres com artrite reumatoide que participaram da pesquisa	57

7.1.1	Itinerário Terapêutico de Vernônia.....	59
7.1.2	Itinerário Terapêutico de Dona Córdia.....	63
7.1.3	Itinerário Terapêutico da Sra. Suku.....	67
7.1.4	Itinerário Terapêutico de Dona Balê.....	70
7.1.5	Itinerário Terapêutico de Dona Bidens.....	73
7.1.6	Itinerário Terapêutico de Glycine.....	76
7.1.7	Elementos da produção do cuidado com base nos itinerários terapêuticos.....	79
7.2	A produção do cuidado no âmbito da APS.....	82
7.2.1	Dados produzidos com as equipes da APS disparados por um dos itinerários terapêuticos.....	82
7.2.2	Construção de fluxogramas analisadores da APS.....	84
7.2.3	Elementos da produção do cuidado com base nos fluxogramas analisadores da APS.....	105
7.3	A produção do cuidado no âmbito do CEADAS.....	108
7.3.1	Dados produzidos com a equipe do CEADAS.....	108
7.3.1.1	Primeiro Encontro: reflexões sobre o itinerário terapêutico de Vernônia.....	108
7.3.1.2	Segundo Encontro: síntese do encontro anterior e fragmento do diário de pesquisa.....	115
7.3.1.3	Terceiro Encontro: síntese dos encontros e o fluxograma analisador da APS..	121
7.3.1.4	Quarto Encontro: fluxograma analisador do centro de especialidades.....	126
7.4	Perspectiva dos gestores sobre diferentes elementos produzidos na pesquisa..	133
7.5	Implicações como pesquisador in-mundo e trechos de algumas andanças.....	140
7.6	Elementos da produção do cuidado com base nos grupos com trabalhadores do centro de especialidades, gestores e diário de pesquisa.....	146
7.7	Necessidades de Saúde inscritas nos itinerários terapêuticos das mulheres com artrite reumatoide.....	147
7.8	Interferências provocadas por meio do itinerário terapêutico, fluxograma analisador e processos reflexivos em grupo.....	150
8	Discussão dos resultados.....	153
8.1	Itinerários terapêuticos: os interesses das usuárias com artrite reumatoide....	154

8.2	O instituído – modelo médico hegemônico.....	162
8.3	O instituinte – diferentes modelos de atenção à saúde – não hegemônicos.....	164
8.4	Elementos para fazer pensar a produção do cuidado no contexto da pessoa com artrite reumatoide.....	167
9	Considerações finais.....	168
	Referências.....	171
	Anexo.....	185



Nesta pesquisa, ao utilizar alguns conceitos da análise institucional, torna-se importante colocar em análise minhas próprias implicações. Nesse primeiro momento, irei descrever algumas motivações e meu contato com situações, que de certa forma, fizeram-se ponto de encontro, nesse emaranhado processo de pesquisa que se constrói e se reconstrói de forma ininterrupta.

Certo dia uma tia me chamou para acompanhar uma consulta de rotina, oportunidade em que a questioneei sobre o motivo de ela sair de um estado para outro para atendimento médico especializado. A resposta dela me fez refletir, mesmo na adolescência, sobre estar doente, negar alguma doença, não concordar com a conduta de profissionais de saúde por simplesmente não querer estar com determinada condição crônica. Dizia-me que já havia frequentado vários médicos: uns diziam que ela tinha lúpus, outros diziam que era fibromialgia, alguns investigaram tireoidite de hashimoto, mas, aquele dizia que ela tinha artrite reumatoide (AR). Parecia que era o diagnóstico que ela mais aceitava na época.

Outros médicos haviam diagnosticado AR, no entanto, prescreviam prednisona, um medicamento que ela não suportava pelos efeitos colaterais que acompanhavam a terapêutica. Mesmo naquela época, em que mal sabia os caminhos que eu tomaria em minha trajetória profissional, eu conseguia pensar no impacto e nos transtornos de um diagnóstico ou de uma conduta terapêutica desagradável.

Enquanto esperávamos, ela ficava em um corredor externo da clínica, ela fumava seu cigarro com filtro e depois amenizava o hálito com uma bala. O médico era muito bom, o estabelecimento tinha um fluxo muito grande e ficávamos algumas horas entre o corredor externo e a recepção. Quando ela percebia que estava chegando perto de ser chamada, ficávamos ali, sentados na recepção aguardando.

As secretárias eram muito sobrecarregadas, preenchiam fichas, conversavam ao telefone e umas com as outras. Finalmente chamavam para consulta, era atendida e saía satisfeita, com vários pedidos de exames e com várias prescrições, chave para acessar os medicamentos que lhe faziam companhia. O que me assustava era o pouco tempo que ela ficava dentro do consultório, eu que ficava na recepção, não conseguia ler por completo uma matéria de revista. Saía e ligava para alguém ir nos buscar e eu sempre me questionava: *“Atravessou alguns estados para isso? Precisa mesmo de tanto movimento para uma consulta médica?...”*

Não imaginava que parte do tratamento era o contato com os familiares que há quase um ano não visitava; era o sentimento de estar sendo cuidada e de viajar para cuidar de sua saúde, que também lhe fazia bem. Nunca questioneei, mas acredito que o breve contato com a família conseguia aliviar também suas dores – se não as físicas, as mentais.

Após esse período, já no curso de enfermagem, dentre as doenças reumatológicas, as que mais visitávamos na disciplina de saúde do adulto e idoso eram: lúpus, AR, gota, fibromialgia, osteoporose, lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. A disciplina estava centrada na concepção biologicista de saúde, com foco na ausência dos sintomas.

Ao longo da residência em saúde da família, abordávamos uma imensidão de pessoas que eram tratadas na própria unidade de saúde para controle da dor. A equipe era grande e devido à inserção dos residentes tínhamos a possibilidade de trabalho interprofissional permeado por dentista, enfermeiro, fonoaudióloga, farmacêutica, psicóloga, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional e professora de educação física, estas três últimas resgatavam o olhar para orientação e prevenção de distúrbios ósseos, articulares e musculares. Além disso, o médico da unidade de saúde era geriatra e irmão de um ortopedista, razão pela qual sabia conduzir diferentes situações antes de encaminhar ao reumatologista.

Também foi durante a residência e ao longo do mestrado em gestão da clínica, que aprendi alguns conceitos importantes, os quais me acompanharam e reorientaram minha trajetória profissional: “itinerário terapêutico”, “linha decuidado” e “gestão do cuidado”.

Após o período formativo, ingressei-me na docência, primeiro como professor no curso de enfermagem e posteriormente como professor na interação comunitária. Nesse cenário, com os estudantes em campo prático, elaborávamos projetos terapêuticos singulares e utilizávamos diversas ferramentas de gestão do cuidado: itinerário terapêutico; matriciamento; discussão de casos; avaliação e intervenção na família; inclusive com uso de genograma; ecomapa; diagrama de vínculo e diagrama de padrão circular.

Quando assumi a coordenação do curso de residência em saúde do adulto e idoso, inseri dois enfermeiros e uma nutricionista no ambulatório de reumatologia e de endocrinologia, na tentativa de favorecer o surgimento de uma equipe interprofissional. Ação pouco aceita na época pela gestora do Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico Albert Sabin (CEADAS), por esse motivo, remanejei os residentes para um ambulatório de cirurgia cardíaca em um hospital do município, onde foram muito bem recepcionados. No entanto, não desisti e iniciei um período de pesquisa.

Dois residentes que eu supervisionava foram motivados a pesquisar sobre o itinerário terapêutico de pessoas com AR. Imerso na pesquisa devido à orientação dos residentes, aceitei acompanhar os estudantes da graduação do eixo de interação comunitária que estavam no ambulatório de reumatologia, saindo de um lugar mais confortável que era a endocrinologia, para me aproximar do ambulatório de reumatologia por meio dos projetos terapêuticos

singulares.

Durante esse período, ficava inúmeras horas conversando com o professor de reumatologia sobre diferentes questões: inserção dos alunos, imersão deles em campo prático, as intervenções que eram realizadas no ambulatório e no domicílio, bem como acerca das estratégias, principalmente de matriciamento, para desafogar a demanda do ambulatório.

Para as pessoas vinculadas ao ambulatório de reumatologia pensávamos em grupos de educação em saúde e rodas de conversas, cartilhas e consultas com inclinação à interprofissionalidade, iniciando a reorientação do foco da doença para a pessoa. Naquele momento percebi que os profissionais das unidades de saúde da família, por mais que contribuíssem com o campo da reumatologia, por estarem inscritos no campo da saúde coletiva colocavam-se alheios à reumatologia.

Hoje, confiante na enfermagem reumatológica e na interprofissionalidade no campo da reumatologia, observo esse desafio para enfermagem brasileira, que também se tornou um desafio pessoal, principalmente para auxiliar na construção de uma nova realidade; dar visibilidade ao ensino, pesquisa e extensão interprofissional na reumatologia; contribuir com a produção científica dos trabalhadores não médicos na reumatologia e; fazer parte de ações instituintes capazes de modificar, pela potência da mudança e do encontro.

Naquelas pesquisas mencionadas que orientei como professor de um programa de residência, foi possível identificar fragilidades no acompanhamento das pessoas com AR por diferentes motivos: fragilidade nas orientações de como caminhar pelos serviços; inexistência de um direcionamento alinhado às necessidades de cada pessoa; falta de investimentos na adesão ao tratamento, dentre outros.

Em relação ao referencial teórico, por mais que eu tivesse realizado pesquisas anteriores durante a graduação e a pós-graduação, em especial no mestrado profissional em gestão da clínica, constatei certa dificuldade para analisar os dados à luz de uma teoria ou de uma corrente de pensamento.

Mesmo após ser orientador de mais de trinta pessoas em processo de formação, seja na graduação, especializações tradicionais ou em residências, consegui me aproximar de análises numéricas em pesquisas qualitativas com uso de software, e da teoria das representações sociais com auxílio de uma professora psicóloga que fazia parte de um mesmo grupo de orientação de residentes.

Antes de surgir a possibilidade de me afastar para cursar o doutorado, entrei em contato com um colega dos tempos de residência, professor Flavio Adriano Borges, que na ocasião estava terminando o seu doutoramento na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, na

Universidade de São Paulo. Ele me apresentou o movimento institucionalista, algumas vertentes e conceitos, relatou sobre sua trajetória no campo da pesquisa e sobre a trajetória de uma outra colega, professora Luana Pinho de Mesquita Lago, na época pertencente ao mesmo grupo de pesquisa, do qual ele participava.

Naquele encontro ele me apresentou o primeiro capítulo do livro *Análise Institucional e Saúde Coletiva*, organizado por Solange L'Abbate, Lucia Cardoso Mourão e Luciane Maria Pizzato (L'ABBATE; MOURÃO; PEZZATO, 2013).

Após aprovação e admissão no doutorado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, minha segunda aproximação foi por meio do livro *Compêndio de Análise Institucional* de Gregorio Baremlitt (BAREMBLITT, 2002), agora livro de cabeceira – recebi o livro emprestado da Professora Silvia Matumoto.

Paralelamente fiz uma busca para identificar enfermeiros reumatologistas, ocasião em que conversei com a Professora Andrea Marques da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. No encontro virtual com a docente da instituição portuguesa, ela me apresentou sua trajetória na reumatologia e após ler meu projeto de pesquisa me encaminhou a tese de doutoramento do enfermeiro Ricardo Jorge de Oliveira Ferreira. Ao conhecer sua trajetória e ler a respeito do trabalho que enfermeiros desenvolviam no Hospital de Coimbra, interessei-me ainda mais pelo estudo e pelo meu projeto de pesquisa que estava em desenvolvimento.

A partir desse momento caminhei por conceitos da saúde coletiva, análise institucional e também pela reumatologia.

Diante desse movimento, identifiquei a enfermagem como profissão imprescindível para o fortalecimento das ações de cuidado das pessoas inscritas no campo da reumatologia, em especial na gestão do cuidado, desde a descoberta da doença até o acesso às mais variadas terapêuticas.



Atos produtivos estão inseridos na vida humana, “toda atividade humana é um ato produtivo” (MERHY; FRANCO, 2008, p.427), tem potência para modificar alguma coisa e produzir algo novo. Esse ato que pretende a mudança e transformação se concretiza no e pelo trabalho, vivo ou morto, o primeiro produzido em ato, o segundo com um produto anterior.

Em saúde o trabalho é produzido em ato, no momento e contexto que se produz, consome-se – atos de saúde, “a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do trabalho vivo em ato” (MERHY; FRANCO, 2008, p.430). Ou seja, decorre de um “processo de relações, isto é, há um encontro entre duas ‘pessoas’, que atuam uma sobre a outra, no qual opera um jogo de expectativas e produções” (MERHY, 2004).

O encontro entre trabalhador de saúde e pessoa que está sendo cuidada, que interage com esse trabalho vivo, compõe o processo de trabalho em saúde, passível de ser observado à luz do objeto a ser produzido, instrumentos, finalidade e agentes em uma relação recíproca (GONÇALVES, 2017a; MERHY; FRANCO, 2008; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

O modo de produzir o cuidado, com o uso de tecnologias, por meio das quais a ação é efetivada, ocorre por meio de instrumentos, saberes ou da própria relação pelo encontro. Na saúde denominam-se tecnologias duras aquelas que utilizam os instrumentos do tipo material; tecnologias leve-duras, aquelas que lidam com os saberes, todo conjunto de construção de conhecimento especializado que interfere no processo de trabalho, e; aquelas que são produzidas no encontro entre trabalhador e sujeito sob cuidados no âmbito das relações, tecnologias leves (MERHY, 2008, 1997, 2000; MERHY; FRANCO, 2003).

Nesse processo de trabalho a intencionalidade e finalidade quando questionada na interação entre o modo de produzir e operar permite a compreensão de diferentes empregos dessas tecnologias (leves, leve-duras, duras), em ato, as distintas formas de manejar são nomeadas por modelos tecno-assistenciais (MERHY, 2014).

Em saúde, as distintas formas de operar esse modelos tecno-assistenciais são entendidas à luz da concepção do trabalhador sobre saúde e da pessoa com quem ele interage, concebida antes desse encontro e que permeia em todo seu processo.

Inúmeros termos remetem ao conceito de saúde, ausência de doença; bem-estar; normalidade; direito; dádiva; padrão ecossistêmico; determinação social; processo saúde-doença; dentre outros – a concepção ampliada, regula o foco de abordagem do trabalho e amplia essa definição, situação que permite centralizar o cuidado na pessoa a ser cuidada e com quem ela interage. A saúde passa a ser considerada, além das definições acima listadas como produto decorrente do acesso à educação, trabalho, alimentação, moradia, lazer, locomoção, enfim, como forma de viver a vida, suas realizações, contextos e experimentações

(BATISTELLA, 2007).

A saúde, muito mais que ausência de doença, em sua concepção ampliada, foi debatida e defendida no Brasil, durante o processo de reforma sanitária, uma conquista desse movimento foi a descrição do texto na Constituição Brasileira de 1988, que compreende essa perspectiva (BATISTELLA, 2007). Também, por meio de uma concepção ampliada de saúde estão inscritos os princípios doutrinários do SUS – universalidade, integralidade e equidade, que ofertam uma base teórica e prática para o desenvolvimento das ações e serviços.

Além do texto da Constituição, essa concepção ampliada de saúde permeia o cotidiano das práticas, local em que se pretende transformar as ações, manter a centralidade na produção do cuidado e na pessoa, valer-se do emprego de tecnologias leves, relacionais, de maneira extensiva; situação que também prevê a utilização de tecnologias duras e leve-duras (MERHY, 2014).

Nesse caminho, é possível identificar correlação com a busca de satisfação das necessidades de saúde, principalmente por um conceito ampliado desse termo que, permite aproximações frente às andanças do agir leigo na saúde, entender os processos de busca de cuidado como possibilidades que se articulam na garantia de boas condições de vida, acesso irrestrito e, que nesse encontro entre usuário dos serviços de saúde e trabalhador da saúde, possa compor uma relação de vínculo e responsabilização, para gerar autonomia e estratégias de autocuidado nas escolhas das múltiplas formas de andar pela vida (CECILIO et al., 2014; CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

Olhar para a produção do cuidado, dessa forma, possibilita a abertura do debate para entender o objeto, trabalho, instrumentos, agentes e finalidade do trabalho em saúde, além dos diferentes modos de operar (MERHY, 2014; MERHY et al., 2006; MERHY; FRANCO, 2008; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

O reativamento de forças instituintes pode causar instabilidade e favorecer a mudança (MERHY, 2014). Nessa perspectiva, ocorre a demarcação da importância de os envolvidos fazerem autoanálise por meio de processos de autogestão, para perceberem o modo como produzem o cuidado. Apoiados em outros conceitos provenientes da Análise Institucional, imergirem em um abordagem que pretende, a partir das práticas, transformar as instituições (L'ABBATE, 2003).

No contexto da pessoa com AR, é preciso demarcar como a doença interfere na sua vida e no seu contexto, como ela se inscreve no processo de trabalho em saúde, e como está demarcada no contexto da pesquisa, para posteriormente apresentar alguns questionamentos.

Com a lupa na doença que interfere na vida das pessoas e no seu contexto, é possível ver

a AR como uma situação de longa duração, autoimune que ocupa a quadragésima segunda colocação no ranking das condições que causam deficiência global. Incide até três vezes mais em mulheres com mais de 40 anos e atinge, aproximadamente, 1% da população mundial (KIYOMOTO; KIYIOMOTO, 2018; NAGAYOSHI et al., 2018).

Essa condição crônica pode acarretar a diminuição da esperança de vida de sete anos para homens e de três anos para mulheres; geralmente acomete a pessoa concomitantemente a outras condições crônicas, podendo contribuir com 35,5% das multimorbidades após os 65 anos (EMERY et al., 2015).

A taxa de utilização de medicamentos específicos para o tratamento, medicamentos modificadores do curso da doença (MMCD), é 25% dentre as pessoas diagnosticadas com AR (FERREIRO-IGLESIAS et al., 2019). Mesmo com o uso de medicamentos, altamente desenvolvidos, para impedir a progressão da doença, em alguns pacientes os efeitos adversos são frequentes (FERREIRO-IGLESIAS et al., 2019) e sintomas como dores são recorrentes.

O tratamento medicamentoso instituído é fundamental para o controle da dor e do avanço da doença, atualmente, realizado com base em agentes sintéticos e também de origem biológica. No entanto, esses últimos, apresentam forte associação com aumento do risco de infecção bacteriana grave, particularmente nos primeiros seis meses de início do tratamento, com evidência de que 30% dos casos de descontinuidade no tratamento ocorreram devido a eventos adversos (MACHADO et al., 2016).

Pela ótica de como se inscreve no processo de trabalho em saúde, observa-se um predomínio da centralidade na doença, com práticas instituídas pelos trabalhadores também medicalizantes e direcionadas ao controle dos sintomas, em especial da dor, e da atividade inflamatória, bem como à prevenção da progressão da doença, de maneira a proporcionar à pessoa, por conseguinte, o controle da doença e a melhoria na qualidade de vida (DARGHAM et al., 2018).

Nessa problemática que envolve a vida das pessoas, interrelacionadas ao processo de produção de cuidado, em especial no acesso aos serviços de saúde e uso das tecnologias leve-dura e duras adequadas, as lesões articulares irreversíveis acontecem nos primeiros dois anos do início dos sintomas, com uma janela de três meses após o início do tratamento, tendo no acesso em tempo correto e oportuno, a possibilidade de impedir ou a desacelerar a progressão da doença (FERREIRO-IGLESIAS et al., 2019; KIYOMOTO; KIYIOMOTO, 2018).

No Brasil, a Secretaria de Atenção à Saúde e a Secretaria de Ciências e Tecnologias e Insumos Estratégicos, ao publicarem a Portaria Conjunta nº 15, de 11 de dezembro de 2017, institui o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Artrite Reumatoide (BRASIL,

2017), posteriormente atualizado em 2020 (BRASIL, 2020), demonstrou forte intenção em evitar lesões articulares, oportunizar acesso correto às pessoas e iniciar o tratamento em momento oportuno.

Dentre as diretrizes inscritas nessas normativas técnicas, na sua dimensão como tecnologia leve-dura, recomenda-se que o diagnóstico e o tratamento sejam conduzidos por médicos reumatologistas, podendo também ser realizados por médicos treinados nessa atividade, em outros serviços não especializados que permeie uma ação interprofissional, com vistas à integralidade do cuidado.

Entretando, no Brasil, a realidade enfrentada pelos usuários do SUS é outra, o acesso ao atendimento e o elevado custo do medicamento dificultam o tratamento (FERRAZ et al., 2009), além disso, o medicamento materializa-se como a principal barreira para pessoas com artrite reumatoide, produzindo iniquidades no tratamento (COSTA et al., 2014).

O atraso em estabelecer diagnóstico precoce e no uso do medicamento adequado em tempo oportuno para impactar no curso da doença, acarreta em danos, com sintomas mais frequente e necessidade maior de acesso (DA MOTA et al., 2015; OLIVEIRA, 2017; SUTER; FRAENKEL; HOLMBOE, 2006).

Para a pessoa acometida pela AR, a busca por cuidados no início da doença é motivada principalmente pela necessidade de diminuição da dor e descoberta do diagnóstico. Durante esse período os problemas e as dificuldades para o acompanhamento da pessoa com AR relacionam-se à ausência de informações para entender sobre a doença, seu impacto e cronicidade (OLIVEIRA, 2017).

Após a etapa de descoberta da doença, outros problemas interferem na adesão ao tratamento: doença como alvo terapêutico, efeitos adversos dos medicamentos de primeira escolha e, posterior burocracia do sistema público para aquisição dos medicamentos mais caros no decorrer do tratamento, mas, que incidem diretamente na modificação do curso da doença.

É possível, nesse contexto, considerar a remissão da doença como alvo terapêutico, concomitante a esse processo evitar o tratamento medicamentoso excessivo e aumentar a satisfação da pessoa, controlar a progressão e o impacto da doença, ao mesmo tempo em que mantém a centralidade das ações na pessoa (FERREIRA et al., 2019).

Dessa forma, em decorrência da elevada prevalência dentre as condições reumatológicas, a AR repercute na gestão e serviços do SUS, estabelece desafios no que tange à abordagem correta, em tempo adequado, posterior acompanhamento - com todo processo centrado na pessoa e desenvolvido por uma equipe interprofissional.

No contexto das pesquisas, desenvolver estudos com pessoas com AR e observar a

produção de cuidado que permeia seu entorno, permite além de colocar em análise as ações profissionais, identificar as relações entre trabalhador e pessoa acometida pela AR e os múltiplos e diversos processos que permeiam o manejo de uma doença que causa sofrimento.

Estudo que utilizou o método de metaetnografia para realizar uma síntese de evidências qualitativas para a sistematização de novas práticas e de fluxos no contexto da AR (TOYE; SEERS; BARKER, 2019) identificou 194 estudos que abordaram as seguintes categorias analíticas: AR no controle do corpo; reciprocidade alterada; desafio emocional; doença perturbadora do presente e futuro; desequilíbrio entre a vida pessoal e profissional; não entendimento dos acontecimentos; imprevisibilidade; invisibilidade; necessidade de vivenciar experiências positivas e; reenquadramento de situações de vida.

Mesmo diante desse panorama, estudos indicam que a maioria das pesquisas desenvolvidas acerca dessa condição reumatoide relacionam-se à terapia medicamentosa (CUI et al., 2018; HASEGAWA et al., 2017; KHANNICHE et al., 2019; KIMURA; SUZUKI; TAKEUCHI, 2019; SAITO; TAKEUCHI, 2019; SONG et al., 2019; TAKEUCHI, 2017; TANAKA, 2020; TAYLOR et al., 2017; WANG et al., 2020; ZHAO et al., 2018), aos biomarcadores (HUANG et al., 2019, 2020; LI; LI, 2019; LI et al., 2019a, 2019b; LIU et al., 2019; LUO et al., 2019; MORTIMER et al., 2019; SHU et al., 2020; SU et al., 2020; XU et al., 2020), à eficácia e a reações adversas a medicamentos (CURTIS et al., 2021; EMERY et al., 2020; GARCIA-MONTOYA et al., 2020; KAMEDA et al., 2020; KAWABE et al., 2020; MIYAZAKI et al., 2021; TAKEUCHI et al., 2020; TANAKA et al., 2021; TANAKA; IZUTSU, 2020; YAMAGUCHI et al., 2020).

No Brasil, pesquisas direcionadas à gestão do cuidado e fluxo da pessoa com AR pelos diferentes serviços são incipientes, no entanto, um estudo problematiza o fluxo da pessoa pelos serviços de saúde e aponta as fragilidades existentes no processo de aquisição de medicamentos e os gastos públicos para manutenção do tratamento (OLIVEIRA, 2017).

A cada novo diagnóstico, o seguimento quando realizado por meio de projetos terapêuticos singulares, apoiado por uma equipe de referência, preferencialmente de saúde da família, com suporte matricial ofertado por especialistas (CAMPOS; DOMITTI, 2007), pode romper com as regras instituídas e mudar drasticamente a relação da pessoa com os serviços de saúde, situação que pode favorecer outras possibilidades de levar a vida, mesmo diante de adversidades impostas pela doença crônica, de longa duração.

Diante dessa realidade, surgem alguns questionamentos:

- (1) Como os trabalhadores, gestores do SUS e pessoas com AR produzem cuidado?
- (2) Como as pessoas com AR vivenciam a busca pelo cuidado em saúde e quais são as

alternativas por elas utilizadas para resolução de suas necessidades de saúde?

- (3) Há elementos no processo de atenção às pessoas com AR que se aproximam da integralidade e direcionam o foco do cuidado para além da doença?

Esses questionamentos auxiliam no processo de repensar a trajetória, de sensibilizar-se com a dor do outro, de se preocupar com o modelo de atenção à saúde que está instituído e que, por sua vez, reproduz iniquidades, falta de acesso e barreiras para um cuidado integral.



De forma prévia à inserção no local de pesquisa, como pesquisador preocupado com os questionamentos descritos anteriormente, surgiram os seguintes pressupostos:

- (1) O atendimento das pessoas com AR parece concentrar-se nas intervenções biológicas e medicamentosas para contenção dos processos inflamatórios causada pela doença;
- (2) os gestores e os profissionais não se articulam institucionalmente de forma efetiva, pouco facilitando o fluxo da pessoa com AR no SUS, trazendo à tona um modelo com foco na produção de procedimentos e não na produção de cuidados;
- (3) a atenção à pessoa com AR voltada predominantemente à produção de procedimentos (exames, medicalização, rotina de encaminhamentos aos serviços especializados) levam a uma ampliação do itinerário terapêutico, a uma peregrinação e ao conseqüente sofrimento da pessoa;
- (4) a produção de procedimentos pode ser decorrente do modelo hegemônico, que valoriza atenção uniprofissional centrada na doença e na figura do médico, produz com isso, dependência ao invés de autonomia e saúde.

Ao lidar com a cronicidade da doença e com a necessidade de superar as barreiras que estão colocadas no cotidiano dos serviços, o profissional assume uma importante tarefa – a de acompanhamento para uma atividade cuidativa.

No entanto, entra em cena uma diversidade de intervenções necessárias acerca da doença, tanto por parte dos trabalhadores quanto da pessoa com AR para controle da dor e outras alterações biológicas, que capturam outras formas de entender as intervenções, lidar com sua repercussão na vida e redesenhar o percurso de forma a facilitar o acesso às ações e serviços almejados. Situação que prejudica o olhar para as necessidades de saúde apresentadas pela pessoa por construir uma agenda de serviços com base na oferta realizada pelo profissional, considerando suas circunstâncias de trabalho.



3.1 Objetivo geral

Analisar a produção do cuidado no contexto das pessoas com AR.

3.2 Objetivos específicos

- (1) Esquematizar a produção do itinerário terapêutico das pessoas com AR, as demarcações realizadas e os atalhos para acessarem as ações, serviços, cuidados que necessitam;
- (2) Mapear os aspectos da organização do trabalho das unidades e a produção de serviços, procedimentos e cuidado que envolvem a atenção às pessoas com AR;
- (3) Identificar elementos que desvelam o processo de trabalho e demarcam o atendimento em saúde à pessoa com AR.

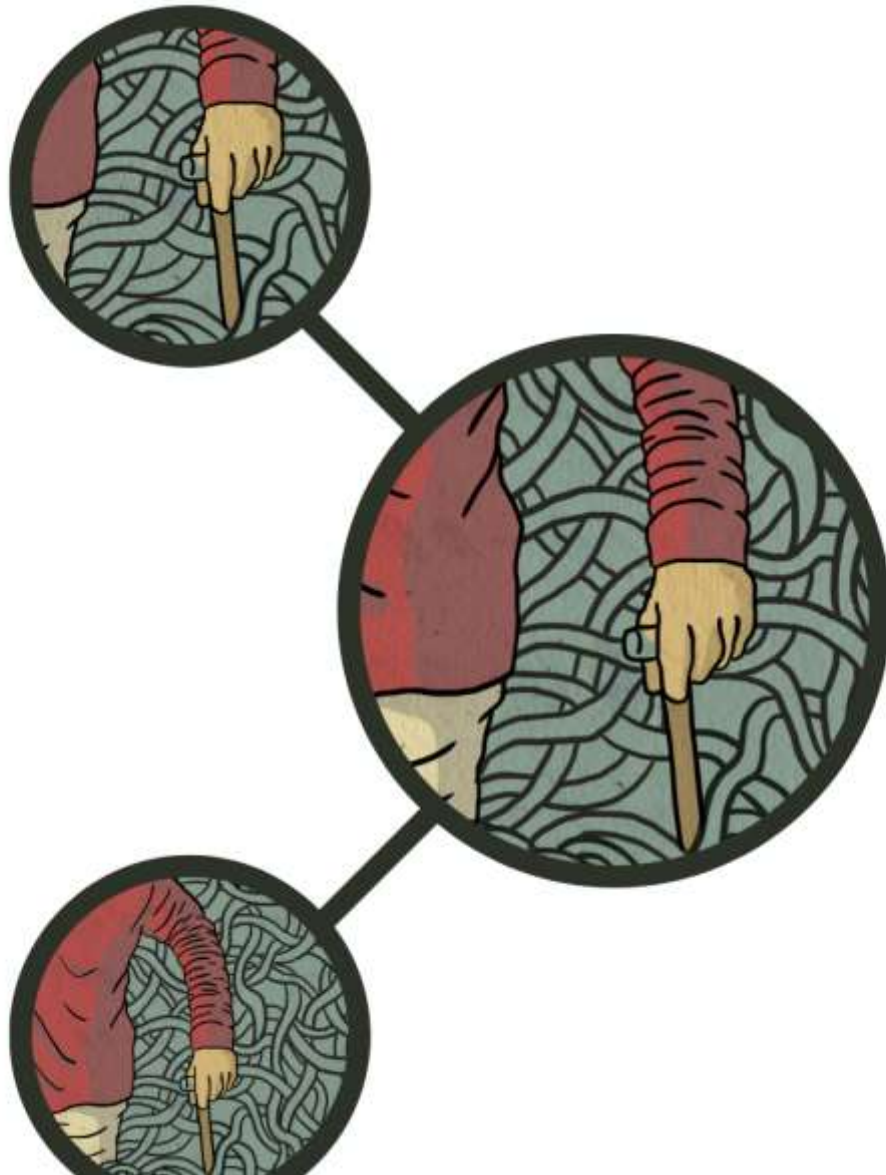


É preciso construir conhecimento acerca da produção do cuidado com as pessoas que permeiam o campo da reumatologia, em especial da AR, para repensar a realidade a que estão expostas, em um processo de autoanálise e de autogestão.

Analisar os caminhos percorridos, assistenciais ou não, para compreender o impacto das ações em saúde nas diferentes formas de levar a vida, e a possibilidade de transformar a trajetória, reduzindo tempos e espaços.

A pesquisa nessa dimensão, possibilita momentos de reflexão e abertura para exposição de diferentes situações problemas, além de, incentivar o debate e o diálogo, por considerar a potência de trazer para arena as pessoas que vivenciam a condição crônica e dar voz às suas dificuldades, facilidades e anseios.

Com isso dispor aos envolvidos no processo de trabalho e gestão, oportunidade de repensar a realidade instituída e interferir como potência criadora nos processos de mudança.



5.1 Algumas rotas para lidar com conceitos importantes no processo de produção do cuidado em saúde

Os estudos sobre itinerário terapêutico possibilitam compreender as experiências de cuidado no dia-a-dia, e os diferentes modos de viver a vida, nuances importantes para ressignificação da busca por cuidados, sua produção e impacto no indivíduo e na coletividade (BELLATO et al., 2016).

Possibilitam também observar como as pessoas redesenham e acessam os diferentes serviços, outros meios de produzir cuidado, bem como, superam as barreiras que estão presentes nessas trajetórias e como os atalhos são produzidos (ASSIS; SILVA, 2016).

A pessoa que perpassa pela condição de busca por cuidados, passa a ocupar um espaço central no processo de investigação, assim, os processos de cuidado e gestão são pensados diante desses olhares e decisões – ação que promove o desvelar das práticas que permeiam os diferentes estabelecimentos (GERHARDT et al., 2016).

Nesse processo de busca pelo cuidado, a escolha das diferentes trajetórias, não assumem um padrão de repetição, mas, uma singularidade, por expressar contradições não generalizáveis (ALVES; SOUZA, 1999). Na perspectiva da reinvenção e transformação em cada percurso de busca por cuidado, surge também o desafio de pensar itinerário como processo aberto, em permanente transformação (BONET, 2014).

Cada percurso que a pessoa elege é permeado pela criatividade, improvisação e está em constante modificação, por lidar com as escolhas de cada pessoa, imprevisibilidade de fluxos e trajetos, sendo tecidas de forma individual e processual. Assim, torna-se prudente, analisar o itinerário como um emaranhado de múltiplas possibilidades para manejar o processo de produção de cuidado. Para melhor entender esses campos que permeiam os itinerários, foi possível identificar as tramas que estão presentes nos diferentes setores de cuidado, em que se destaca a ação dos trabalhadores da saúde que incidem nas necessidades de saúde das pessoas, e a ação das pessoas que imprimem um conjunto de necessidades a serem atendidas, os trabalhadores nem sempre absorvem todas as demandas e às vezes, ofertam ações de forma limitada reduzindo a capacidade interventiva.

Nesse caminho, é possível identificar correlação com a busca de satisfação das necessidades de saúde, principalmente em um contexto mais amplo da definição de necessidades de saúde, ou seja, como uma taxonomia (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006). A taxonomia das necessidades de saúde, facilita o entendimento da complexidade das demandas do setor saúde: necessidades de boas condições de vida, vinculadas às demandas que se

relacionam ao ambiente externo; lugar do homem na sociedade; condições de moradia; inserção no cenário produtivo. Necessidades de acesso a todas as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida, relacionam-se ao consumo das tecnologias em saúde: leve, leve duras e duras (MERHY, 2008, 1997, 2000; MERHY; FRANCO, 2003).

Necessidade de criação de vínculos com profissionais e equipes de saúde, em que permeie confiança, responsabilidade, compromisso e trocas. Necessidade de autonomia e autocuidado como possibilidade de reconstruir e legislar sobre a própria forma de viver e como habilidades de desempenhar um cuidado de si, nas escolhas dos diferentes “modos de andar a vida” (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

Outro grupo de conceitos que merece destaque, permite entender como as necessidades de cada pessoa se articulam com a disponibilização das tecnologias em saúde, em um processo de gestão do cuidado – conceito de dimensões da gestão do cuidado em saúde (CECILIO, 2011). A gestão do cuidado nessa perspectiva, permeia cinco dimensões: dimensão individual, que representa o cuidar de si; dimensão familiar, localizada no mundo da vida; dimensão profissional, ocorre no encontro entre os profissionais e a pessoa que busca o cuidado; dimensão organizacional, marcada pela divisão técnica do trabalho e por elementos do processo de trabalho em saúde; dimensão sistêmica, perspectiva gestora diante da multiplicidade de movimentos dos agentes que compõem e são permeáveis aos fluxos; dimensão societária, encontro da sociedade e Estado na formulação de políticas públicas (CECILIO, 2011).

Diante dos diferentes percursos e possibilidades de acesso que vão sendo desenhados, outros significados são produzidos em decorrência dos encontros entre a pessoa com AR e profissionais da saúde. No contexto do trabalho em grupo, com profissionais da saúde, essa análise (mesmo no contexto da pesquisa), pode ser desenvolvida com a utilização do fluxograma analisador.

O fluxograma analisador, proposto em 1997 (MERHY, 1997), permite uma abertura para um processo reflexivo, sendo ferramenta útil de análise para entender o trabalho em saúde. Permite o desenho dos modos de organização do processo de trabalho, cada figura geométrica tem uma representação e estão interligadas, indicam a entrada em determinados serviços (elipse); os questionamentos que são elaborados e o processo de tomada de decisão (losango); as ações (retângulo); possibilidades de saída (elipse). Além de demonstrar o que acontece em cada serviço, coloca em evidência as ações dos diferentes trabalhadores, o processo de trabalho e a resposta diante de cada necessidade apresentada pela pessoa.

Possibilita analisar os modelos de atenção, os modos de agir e de operar o sistema de

saúde, frente as diferentes intersecções promovidas pelo encontro (MERHY, 1997), em um processo que interliga as diferentes formas de busca por cuidados pela pessoa. Desse encontro, o trabalho em saúde produz um certo modo de cuidar, que poderá ou não corresponder às necessidades de saúde apresentadas ou percebidas. No encontro, entre o trabalhador e a pessoa que busca o cuidado, surgem atos de saúde, que são de certa forma produções de cuidados. Este por sua vez, pode ser apenas a produção de algum procedimento e não necessariamente de atos cuidativos (MERHY, 2014).

O processo de produção do cuidado, expõe as dimensões das práticas de saúde – a centralidade (na pessoa ou no procedimento), a natureza do agir em saúde (pública ou privada), o modo de operar o trabalho vivo e as disputas que se fazem presentes na tessitura de diferentes modelos de atenção (MERHY, 2014). Projetar o olhar para o itinerário terapêutico e fluxograma analisador, no contexto da pessoa com artrite reumatóide, permite identificar como as diferentes linhas se articulam e se projetam em direção à produção do cuidado, considerando inclusive as tecnologias empregadas.

Vale destacar que o conceito que será tomado de tecnologias, remete ao constructo da tríade: tecnologias duras, leve-duras e leves (MERHY, 2008, 1997, 2000; MERHY; FRANCO, 2003). O primeiro grupo representado pelo conjunto de equipamentos e materiais empregados nos atos de saúde; o segundo, representado pelos saberes profissionais, em especial os saberes especializados; e o terceiro elemento do grupo dessas tecnologias, as relacionais.

A utilização do itinerário terapêutico e fluxograma analisador possibilita no contexto dessa pesquisa-interferência, deslocamentos dos diferentes participantes em direção à tecitura de críticas frente a gestão do acesso, em um contexto permeado por intensa capacidade de análise e reflexão.

5.2 A análise institucional e alguns conceitos

Diante da vasta produção sobre o movimento institucionalista, será recortado a seguir, para contextualização teórica, um trecho sobre a gênese da análise institucional.

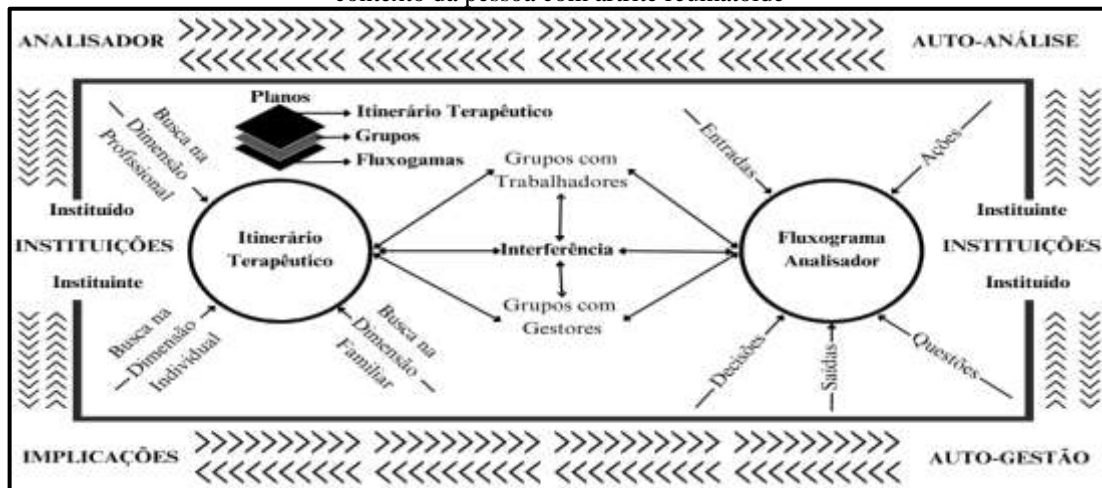
Inicialmente, vale ressaltar que o movimento institucionalista, foi uma tempestade constante e permanente, promotora de novos ventos, inundações transbordantes e rupturas, desencadeadas por estudantes da França durante os acontecimentos de maio de 1968, que surgiram devido a um contexto de insatisfação política, cultural e pedagógica. Esse movimento marca a (des)coberta da análise institucional, que se colocou como brecha em um solo de

correntes precursoras, dentre elas a psicossociologia, psicoterapia institucional, pedagogia institucional (PAULON, 2009).

Como deflagradores principais, Georges Lapassade e René Lourau, propõem radicalizar tais correntes precursoras em termos de constituição teórica, objetivos e modos de intervenção, em especial, com base na análise da implicação, das disputas entre o instituído e o instituinte e de mecanismos de autoanálise e autogestão (BAREMBLITT, 2002; LOURAU, 1995; RODRIGUES, 2000). Ao considerar a análise institucional na saúde coletiva, como possibilidade de intervenção, resgata-se por meio de suas possibilidades teóricas “o que necessitamos para contrapor as ideias de submissão, alienação, ‘servidão voluntária’, conformismo consentido (...)” (PEREIRA, 2000, p.32).

No âmbito da análise institucional, dentre os inúmeros conceitos que possibilitam enxergar às efervescências, alguns foram considerados no decorrer dessa pesquisa interferência: implicação; instituição, instituído, instituinte e processo de institucionalização; analisadores; autoanálise e autogestão. Buscou-se no itinerário terapêutico, na construção dos fluxogramas analisadores e na feitura de grupos reflexão, planos interpostos para olhar para esses conceitos (Figura 1).

Figura 1 – Base teórica e a interrelação das interferências que subsidiaram a análise da produção do cuidado no contexto da pessoa com artrite reumatoide



Fonte: Elaborada pelo autor, dados da pesquisa (2023).

O conceito de instituição, para análise institucional são lógicas que possuem linguagem especializada e própria, com alto grau de formalização anunciada, manifesta por meio de terminologias, conceitos, pesquisas, compêndios, consensos, manuais, diretrizes, protocolos, hábitos próprios e regularidades de comportamento, que se materializam por meio das organizações (BAREMBLITT, 2002).

Esse conceito coloca como mecanismo de sustentação, sem polarização entre algo bom ou mal, simplesmente se constitui, “estão conosco em todos os lugares porque a carregamos em

nossa subjetividade, sem a instituição caímos como marionetes sem cordão (...) como um corpo sem esqueleto” (MONCEAU, 2010, p.14). Instituições são composições, no campo decisório, que estabelecem as atividades, “toda instituição compreende um movimento que a gera: o instituinte; um resultado: o instituído; e um processo: a institucionalização” (BAREMBLITT, 2002, p.156).

O conceito de instituído, resulta do estabelecimento de uma instituição, possibilita o entendimento daquilo que integra e sustenta o que está estabelecido, com suas leis e normas próprias, seguida e guiada pela força e normatividade que a mantém como linha direcionadora (BAREMBLITT, 2002). O conceito de instituição, para análise institucional são lógicas que possuem linguagem especializada e própria, com alto grau de formalização anunciada, manifesta por meio de terminologias, conceitos, pesquisas, compêndios, consensos, manuais, diretrizes, protocolos, com hábitos próprios e regularidades de comportamento, que se materializam por meio das organizações (BAREMBLITT, 2002).

Esse conceito coloca como mecanismo de sustentação, sem polarização entre algo bom ou mal, simplesmente se constitui, “estão conosco em todos os lugares porque a carregamos em nossa subjetividade, sem a instituição caímos como marionetes sem cordão (...) como um corpo sem esqueleto” (MONCEAU, 2010, p.14). Instituições são composições no campo decisório, que estabelecem as atividades, “toda instituição compreende um movimento que a gera: o instituinte; um resultado: o instituído; e um processo: a institucionalização” (BAREMBLITT, 2002, p.156).

O conceito de instituído, resulta do estabelecimento de uma instituição, possibilita o entendimento daquilo que integra e sustenta o que está estabelecido, com suas leis e normas próprias, seguida e guiada pela força e normatividade que a mantém como linha direcionadora (BAREMBLITT, 2002). O instituinte, demanda força para ruptura do instituído, a ruptura da instituição. Como atividade transformadora, criativa e processual, capaz de tensionar a todo momento o instituído, como força que pretende a ruptura e um novo e diferente contorno para a instituição (BAREMBLITT, 2002).

O instituído pretende a todo momento manifestar para que veio e reforçar sua potência. Por sua vez, para movimentar processos que ocorrem dentro das instituições que representam potencial de mudança, com capacidade de transformar e de romper essa linha normatizadora, torna-se necessário voltar os olhares para as forças instituintes (BAREMBLITT, 2002). Importante destacar, nesse sentido, que as forças instituintes são múltiplas e representam essa capacidade de transformação, já o instituído demarca fortes linhas de permanência. Nessa permanente tensão, surgem processos de institucionalização que representam momentos ativos

e dinâmicos da força instituinte para instituir-se (BAREMBLITT, 2002).

O processo de institucionalização “é aquilo que transforma o instituinte (negação do instituído) no seu oposto” (MONCEAU, 2010, p.16). O instituído em si, resulta da ação instituinte e tende a permanecer estático, sem modificações, resistente e conservador; o instituinte, por sua vez, representa a revolução, com forte impulso transformador (BAREMBLITT, 2002).

O conceito de implicação nos mergulha nesse universo, e revela aquilo que a instituição deflagra em nós, como efeito de uma produção coletiva “de valores, interesses, expectativas, desejos, crenças que estão imbricados nessa relação. Assim, é a análise da implicação que permite acessar a instituição, produzir conhecimento a partir de suas contradições” (ROMAGNOLI, 2014, p.47). A complexidade das aproximações, aquilo que permite se conectar às instituições, são as implicações (MONCEAU, 2010). A implicação pode ser definida como um processo decorrente da ação analítica diante das instituições, pelo pesquisador, como produto da sua relação com as mesmas instituições (BAREMBLITT, 2002).

Para uma ação que é deflagrada por situações que fazem pensar, particulariza-se o conceito de analisadores. Sobre esse conceito incidem duas possibilidades, analisadores construídos que são aqueles elaborados para explicitar cenas de conflito e resolução, fazem emergir as forças, desejos, disputas e jogos presentes na instituição. Analisadores espontâneos emergem da própria vida social de forma natural (BAREMBLITT, 2002). Os agentes atentos à essas possibilidades de interferir e fazer pensar, ressaltam os analisadores espontâneos na medida em que os identifica. Na impossibilidade desses, observa o caminho da mudança e dispara, mesmo com elementos artificiais, estratégias para autoanálise e autogestão.

A autoanálise como “processo de produção e re-apropriação, por parte de coletivos autogestionários, de um saber acerca de si mesmo, suas necessidades, desejos, demandas, problemas, soluções e limites” (BAREMBLITT, 2002, p.139). Por sua vez, o conceito de autogestão, permite entender sobre a ação de compartilhar elementos essenciais para que, em processos coletivos fluam decisões (BAREMBLITT, 2002).

Esses conceitos, permitem entender, mesmo que de forma inicial, a importância da análise institucional na saúde coletiva para transformar as ações do cotidiano. Ou seja, “(...) sem transformar as práticas cotidianas dos profissionais dos serviços de saúde, não haverá mudanças” (L’ABBATE, 2003, p.270)

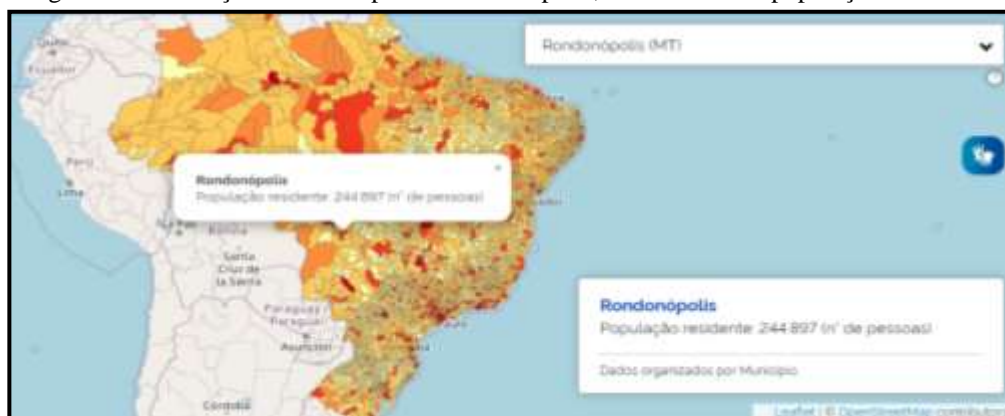
Conceitos que além de estimular a mudança, quando contrastados com outros que permitem aplicar projetos de interferência na saúde coletiva, viabilizam transformações importantes que impactam positivamente na vida das pessoas.



6.1 Aproximação ao campo de pesquisa: o que tornar observável

A pesquisa foi desenvolvida no município de Rondonópolis, MT, situado na região Centro-Oeste do Brasil, e sul do Estado de MT, sua população estimada é de 244.897 mil habitantes (Imagem 1), de acordo com o censo demográfico de 2023 (IBGE, 2023). É o terceiro maior município de Mato Grosso MT e também polo regional de saúde – região sul de MT.

Imagem 1: Localização do município de Rondonópolis, Mato Grosso e população estimada



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2023)

Dentre os estabelecimentos de saúde geridos pelo município, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES-DATASUS, 2023), há: dois centros de reabilitação psicossocial; uma unidade de atenção à saúde indígena; um centro de especialidades e apoio diagnóstico; um centro de diabetes e endocrinologia; um centro de nefrologia; cinco unidades básicas de saúde (centros de saúde); um centro de reabilitação; um serviço de atendimento especializado; cinquenta e quatro unidades de saúde da família; duas policlinicas; nove farmácias; um laboratório central; uma unidade de pronto atendimento infantil; uma unidade de pronto atendimento adulto; uma equipe do programa melhor em casa; um hospital de referência para saúde da família.

Em relação aos serviços disponíveis para as pessoas com AR, a atenção especializada dispõe de um ambulatório, localizado no CEADAS (Imagem 2), para atender a todos os agravos relacionados às condições reumatológicas. Neste serviço, estão diretamente vinculados quatro médicos reumatologistas, os demais trabalhadores não estão direcionados apenas a esse ambulatório, e sim, a todo o conjunto de ambulatórios que o CEADAS disponibiliza.

Imagem 2: Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico Albert Sabin



Fonte: Arquivo Assessoria. Danielly Tonin. Gabinete de Comunicação. Prefeitura Municipal de Rondonópolis, 2019

Além dos serviços da atenção básica e especializada, no que tange à atenção hospitalar, o município dispõe de um hospital gerido pelo Estado e outro filantrópico, ambos são referência para região sul do Estado.

O departamento de atenção à saúde abriga os gestores da atenção primária e especializada, está localizado no prédio da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (Imagem 3).

Imagem 3: Secretaria Municipal de Saúde de Rondonópolis, Mato Grosso



Fonte: Arquivo. Valdeque Matos. Prefeitura Municipal de Rondonópolis, 2022

Apesar de morar no município em que a pesquisa foi desenvolvida (Rondonópolis, MT), no período de coleta de dados, em decorrência da pós-graduação residia em Ribeirão Preto, SP. Por esse motivo, a permanência em campo de pesquisa ocorreu em formato de imersão: uma vez ao mês, por aproximadamente uma semana, no período entre outubro/2021 a junho/2022. Após esse período, outras imersões ocorreram, nos meses de outubro, novembro e dezembro/2022, fevereiro e março/2023.

As aproximações aconteceram nesses períodos de imersão, e permitiram projetar os olhares para os usuários e trabalhadores do SUS, assim como, para a produção do cuidado. “As escolhas de interferência dependem do que se quer medir, ou, em outras palavras, do que se

quer tornar observável”(MOEBUS, 2015, p. 56).

Andar pelo CEADAS, SMS, enfrentar filas, esperar a unidade abrir, ficar na recepção, conversar com as pessoas, acompanhar a consulta e o agendamento, entender o fluxo dentro da unidade – reafirmaram as escolhas prévias de interferência por meio do itinerário terapêutico, fluxogramas analisadores e grupos de reflexão, estratégias de produção dos dados da pesquisa que serão detalhados a seguir.

6.2 Pesquisa interferência

A abordagem qualitativa possui uma característica essencialmente interpretativa e permite estudar as pessoas em seu contexto natural, além dos significados que elas produzem. (GIL, 2021). Em relação ao tipo de pesquisa foi desenvolvida a pesquisa interferência (FIGUEIREDO et al., 2019; SCHIFFLER; ABRAHÃO, 2014), diante da possibilidade de o pesquisador *in-mundo* se emaranhar (ABRAHÃO et al., 2016), implicado com a realidade e agentes do campo. “Interferência como em ondas de rádio, interferência fazendo ruído, fazendo desandar o discurso institucional e pessoal (...)” (MOEBUS, 2015, p. 59).

Com a aproximação do campo de intervenção, diante das possibilidades de interferências, ativou-se o modo do pesquisador *in-mundo* que “emaranha-se, mistura-se, afeta-se com o processo de pesquisa, diluindo o próprio objeto, uma vez que se deixa contaminar com esse processo, e se sujando de mundo (...)” (ABRAHÃO et al., 2016). Perspectiva que modificou o relacionamento com os participantes, em termos de qualidade e valorização das aproximações.

Emerson Merhy, traz a perspectiva da pesquisa interferência em saúde para o cenário da pesquisa em saúde, da produção do saber a partir da produção do cuidado e do trabalho vivo em ato na produção do agir em saúde (MOEBUS, 2015, p. 58).

Olhar o pesquisador imerso em uma experimentação criadora (RODRIGUES, 2011), em que se inserem inclusive os profissionais nessa conexão entre os sujeitos e se criam espaços para “interferir no processo de trabalho à medida em que a investigação se produz, há também efeito sobre a própria forma de se olhar e cuidar o usuário” (SCHIFFLER; ABRAHÃO, 2014, p. 92).

Pesquisa interferência é uma forma de deslizar pelos modos que dominam a produção de pesquisa, ativar o modo inventivo, pois, a interferência ocorre no encontro – “no modo

interferência o que determina o instrumento metodológico será o campo, o corpo e as relações (...) com o sujeito, os processos e as forças que estarão em jogo na pluralidade da existência da vida (...)” (FIGUEIREDO et al., 2019, p.601).

No contexto individual, durante as entrevistas, resgatar o que foi dito, demonstrar interesse, pedir para falar mais sobre um determinado trecho da entrevista, foram algumas estratégias para estimular a fala.

No contexto do grupo, o próprio pesquisador desenvolveu o papel de facilitador na condução dos processos reflexivos. Com essa modalidade foi possível planejar a ação, e no decorrer do processo grupal fazer pensar em mudanças (FERNANDES, 2000).

Foram realizados encontros e os temas foram trabalhados de acordo com os objetivos do estudo. Os grupos de reflexão, além de valorizar a comunicação entre os participantes cria possibilidades de construção do conhecimento de forma compartilhada (BOMFIM, 2009).

6.3 Encontro com as pessoas com artrite reumatoide: entrevista e produção dos itinerários terapêuticos

Com a intenção de propiciar um espaço para escuta, com atenção centrada na pessoa no contexto da entrevista, buscou-se conversar sem preocupações com horário ou questionários, tendo apenas um roteiro para o pesquisador. Além do contexto da doença, eram estimuladas falas sobre a sua trajetória, assistencial ou não, desde que percebeu algo relacionado à AR.

Em relação à produção desses dados o próprio pesquisador conduziu as entrevistas, a técnica escolhida foi do tipo individual na modalidade de entrevista aberta. Nesta modalidade “o investigador explica o propósito da conversa e, no decorrer da narrativa, vai entremeando perguntas a partir do que é dito pelo entrevistado” (MINAYO; COSTA, 2018, p. 143).

Todas as entrevistas foram audiogravadas, e após cada uma realizou-se notas, que posteriormente compuseram o diário de pesquisa. As entrevistas também foram transcritas e realizadas em dias diferentes, o tempo médio de duração de cada entrevista foi de 45 minutos. No entanto, para cada participante foi destinado um tempo de aproximadamente 180 minutos, visto que, houve a abordagem inicial para convite e aspectos éticos.

A saturação dos dados foi discutida e considerada de acordo com as indicações realizadas por Fontanela; Ricas; Turato, 2008; neste caso, por espelharem as múltiplas dimensões do contexto. A avaliação dos dados desde o início de sua produção, possibilitou confrontar o produto dos encontros com os objetivos da pesquisa, com isso, interromper o momento das entrevistas.

A seleção das participantes foi intencional, como critério de inclusão, serem pessoas adultas, com diagnóstico de AR, acompanhadas pelo CEADAS, estarem nesse local no dia da imersão, receberem indicação da equipe para que participassem da pesquisa, por serem “casos interessantes”.

A abordagem era realizada em sala de espera pelo pesquisador, individualmente, antecedendo à consulta médica – após o aceite e cumprimento de todos os aspectos éticos da pesquisa, era possível acompanhar a pessoa a ser atendida, durante a consulta médica e após realizar a entrevista. No total, seis mulheres com AR participaram do estudo e não houve recusa.

O cenário de cinco entrevistas foi uma sala reservada do ambulatório (um consultório vago no período), indicado pela equipe, climatizado, com pouco ruído, com porta, mesa e cadeiras. O cenário da entrevista de uma das participantes foi a unidade de saúde da família (USF), perto de sua casa, a pedido – a sala da USF foi indicada pela equipe, também consultório não utilizado no período, com condições semelhantes aos utilizados no ambulatório.

Para preservar o sigilo das participantes seus nomes foram substituídos por outros. Destes, quatro criados pelo pesquisador com base nos nomes de espécies vegetais que compõem a relação nacional de plantas medicinais de interesse ao SUS (BRASIL, 2019); e outros dois com nomes de outras plantas que não estão na lista referida acima, mas, são popularmente conhecidos no MT para o tratamento da dor crônica. Em sua totalidade, os nomes foram: Vernônia (*Vernonia condensata*), Dona Córdia (*Cordia ssp* – *C. curassavica* ou *C. verbenacea*), Dona Suku (sucupira), Dona Balê (erva-baleeira), Dona Bidens (*Bidens pilosa*), Glycine (*Glycine max*).

Depois das entrevistas transcritas, iniciou-se o processo de construção da representação gráfica dos itinerários terapêuticos, para que fossem inseridos o máximo de informações possíveis, para facilitar o processo de análise e interpretação, tanto por parte do pesquisador quanto por parte dos participantes das outras etapas do estudo, visto que sua utilização foi imprescindível em todos os momentos para demonstrar os caminhos percorridos e demarcar os interesses das usuárias.

6.4 Revisitando com grupos de reflexão da atenção primária à saúde, o itinerário terapêutico e os fluxogramas analisadores

Nesta segunda etapa os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde (APS) foram selecionados pela gestão do departamento de atenção à saúde, para participarem da pesquisa. Utilizaram o seguinte critério para escolha intencional, pelo menos um integrante de cada unidade de saúde da atenção básica, enfermeiro(a) ou médico(a) – participação não obrigatória. O departamento explicou sobre a pesquisa aos trabalhadores e enviou um convite para cada unidade de saúde da APS por meio de memorando – os dia e horário dos grupos também foram definidos pela gestão.

O primeiro grupo contou com 10 participantes médicos(as) e enfermeiros(as), foi realizado no período matutino do primeiro dia (G1); o segundo grupo, 08 participantes médicos(as) e enfermeiros(as), foi realizado no período vespertino do primeiro dia (G2); o terceiro grupo com 11 participantes médicos(as), enfermeiros(as) e uma técnica de enfermagem, foi realizado no período matutino do segundo dia (G3), e o quarto grupo com 05 participantes, todas enfermeiras, foi realizado no período vespertino do segundo dia (G4).

Os encontros aconteceram no auditório do prédio da SMS, ambiente climatizado, com projetor, boa acústica e cadeiras não fixas.

No primeiro momento dessa etapa, o itinerário terapêutico da Vernônia, foi projetado para ser analisado por cada um dos quatro grupos da APS, posteriormente, ao grupo foi possibilitado espaço para diálogo e discussão. No segundo momento, subgrupos foram criados para construção e apresentação de fluxogramas analisadores com base na realidade por eles discutida e vivenciada.

No momento de compartilhamento das produções dos subgrupos também foi possibilitado diálogo e reflexão da prática. Ao final do encontro, uma síntese foi construída pelo facilitador e apresentada ao grupo, que elaborou modificações e validou o conteúdo.

Os subgrupos foram identificados acrescentando a letras após a descrição do grupo, para o G1 a letra A, G2 letra B, G3 letra C e G4 letra D, acompanhado do número do subgrupo: G1A1, G1A2, G1A3, G2B1, G2B2, G3C1, G3C2, G3C3, G4D1 e G4D2.

6.5 Grupo de reflexão no centro de especialidades: possibilidades de expressão e escuta

Os participantes do grupo do ambulatório, CEADAS, foram selecionados a convite da equipe de gestão do local – o critério que foi estabelecido era trabalhar no local e ter proximidade com o ambulatório de reumatologia.

No primeiro encontro foi apresentada a pesquisa e todos os procedimentos éticos, aqueles que concordaram em participar, permaneceram. Não houve recusa no primeiro encontro, mesmo com um grupo maior, 16 participantes. Nos outros encontros, menos participantes apareceram, 08 no segundo encontro, 09 no terceiro e 09 no quarto encontro. Todos assinaram o termo de consentimento no primeiro encontro, nos encontros a presença de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos, representante da gestão.

Em relação ao cenário o primeiro encontro foi realizado em uma sala, não climatizada, assemelhando-se a um auditório, no entanto, também funcionava como depósito e copa. Os outros três encontros ocorreram em sala climatizada ampla, reservada e com longarinas. A mudança foi a pedido dos trabalhadores, pelo desconforto no primeiro encontro e viabilizada pela enfermeira da unidade.

Os grupos trabalharam com as informações produzidas nas demais etapas da pesquisa. Em relação ao próprio debate, uma síntese dos dois primeiros encontros foi elaborada pelo pesquisador/facilitador e discutida com o grupo.

Para preservar o anonimato, após a letra G (grupo), foi atribuído um número correspondente ao do encontro, G1 (primeiro encontro), G2 (segundo encontro), G3 terceiro encontro) e G4 (quarto encontro). Ao acrescentar depoimentos foi inserida a letra P (participante) e um número representativo daquele participante – exemplo: G1P1 (primeiro grupo, participante um).

Esses encontros ocorreram da seguinte forma: no primeiro encontro foi apresentado os itinerários terapêuticos produzido na primeira etapa da pesquisa (itinerário da Vernônia), após a apresentação foi criado um espaço para diálogo, análise e reflexão. No segundo encontro foi realizada a síntese do encontro anterior e discussão diante de um trecho do diário de pesquisa. No terceiro encontro uma síntese dos encontros anteriores e discussão dos fluxogramas analisadores elaborados pela APS na segunda etapa. No quarto encontro, por sua vez, elaboração do fluxograma analisador do CEADAS. Para elaboração dos fluxogramas analisadores dois pequenos grupos se formaram, subgrupo E1 e subgrupo E2.

6.6 Grupo de reflexão com os gestores: funcionamento do CEADAS e um olhar sobre a pesquisa

Para quarta etapa da pesquisa foi solicitada a participação dos gestores do departamento de atenção à saúde. No primeiro grupo cinco pessoas da equipe de gestão do CEADAS (dois auxiliares administrativo e três enfermeiras), puderam refletir sobre acesso, contratação, agenda, tempo de espera, filas, trabalho em equipe, dentre outros.

No segundo grupo seis pessoas da equipe de gestão do departamento de atenção à saúde, puderam discutir sobre o produto das etapas desta pesquisa (cinco enfermeiras e uma farmacêutica).

O grupo de gestores foi nomeado utilizando GG (grupo gestores), seguidos do número correspondente ao encontro 1 ou 2, a letra P (participante) e o número correspondente ao participante – exemplo: GG1P1 (primeiro grupo de gestores, participante um).

Em relação ao cenário, o primeiro grupo foi realizado no CEADAS em sala climatizada e privativa e o segundo na sala da diretora do departamento no prédio da SMS. Ao final de cada encontro foi apresentada uma síntese, na qual, puderam contribuir, como produto do grupo.

Ressaltamos que para produção dos dados nos diferentes momentos dos grupos, um roteiro foi elaborado, para ressaltar tópicos de relevância para o pesquisador. Todos os grupos foram audiogravados e algumas notas foram produzidas durante e após sua realização, posteriormente compuseram o diário de pesquisa. O tempo médio de duração dos grupos foi de 60 minutos, com exceção ao segundo momento dos grupos da APS que tiveram tempo médio de duração de 40 minutos. A esse tempo não foram contabilizados os procedimentos éticos, as apresentações por parte do facilitador de situações que dispararam cada encontro e a finalização.

6.7 O diário de pesquisa: outras vistas do ponto

O diário de pesquisa (PEZZATO; BOTAZZO; L'ABBATE, 2019), produzido pelo pesquisador, permitiu o registro e questionamentos das diferentes situações do cotidiano, uma companhia na qual era possível o refúgio e o diálogo, dos anseios, fragilidades, potencialidades, em especial, nos momentos de interação com as pessoas e com os espaços, nos momentos de espera, manifestação das angústias, dentro ou fora do campo de pesquisa.

O diário possibilitou revelar, por meio de uma escrita implicada, situações que dão suporte ao processo de intervenção, neste caso, o desenrolar da pesquisa e das interferências que permearam os diferentes encontros (PEZZATO; BOTAZZO; L'ABBATE, 2019).

6.8 Considerações sobre a produção e análise dos dados no contexto da pandemia de COVID-19

Para participação na pesquisa e contribuição no processo de produção dos dados, foram adotadas algumas medidas necessárias para proteção contra a COVID-19, mesmo que todos os participantes já tivessem recebido as doses previstas de vacinação, uma vez que faziam parte dos grupos de risco: profissionais da saúde e pessoas com condições crônicas.

As orientações seguiram as diretrizes contidas no Protocolo de Biossegurança elaborado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto para prevenção da COVID-19 (PALHA et al., 2021), bem como foram respeitadas as fases de distanciamento social definidas pelo Governo do Estado de MT. Nenhuma entrevista ou grupo foram realizados em ambiente virtual.

6.9 Considerações éticas

A pesquisa foi apreciada e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Rondonópolis (UFR), CAAE: 50063221.4.0000.0126 e parecer nº. 4.909.870, em conformidade com os princípios e as diretrizes da Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde – CNS/CONEP, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, específico para etapa que participou.



A seguir, de forma introdutória, um breve relato dos resultados que serão apresentados, distribuídos em quatro grupos:

- No primeiro grupo, mulheres com AR e seus itinerários terapêuticos, apresento o itinerário terapêutico de cada participante e os elementos da produção do cuidado.
- Em seguida, o segundo grupo de resultados, a produção do cuidado no âmbito da APS, apresento os dados produzidos com as equipes da APS, disparados por um dos itinerários terapêuticos e por meio da construção coletiva do fluxograma analisador; e os elementos da produção do cuidado.
- No terceiro grupo de resultados, a produção do cuidado no âmbito do CEADAS, apresento os dados produzidos com a equipe do CEADAS, disparados por um dos itinerários terapêuticos, diário de pesquisa, fluxogramas analisadores da APS e a construção coletiva do fluxograma analisador. Acrescento a perspectiva dos gestores sobre diferentes elementos produzidos na pesquisa.
- No quarto grupo, outras análises, a análise da implicação do pesquisador; outros elementos da produção do cuidado; necessidades de saúde diante dos itinerários terapêuticos e as interferências provocadas por meio das distintas estratégias utilizadas.

Ao sintetizar esse percurso, é possível perceber a reprodução do modelo médico centrado, com todos os seus elementos instituídos (medicalização, fracionamento em especialidades, foco na doença) – modelo produtor de esperas, filas, restrições no acesso – que não viabiliza a produção de cuidados e sim a produção de atos burocráticos.

7.1 Mulheres com artrite reumatoide que participaram da pesquisa

Em sua totalidade, as participantes eram mulheres que conviviam e contavam com apoio de familiares no dia-a-dia; três (Vernônia, Dona Córdia e Dona Balê) autodeclararam negras e três brancas (Sra. Suku, Dona Bidens e Glycine); quatro casadas, uma viúva (Dona Córdia) e uma separada (Dona Balê).

Todas diagnosticadas com AR, reconheciam o diagnóstico e as estratégias medicamentosas indicadas pelo especialista; cinco informaram ter agendado consulta no serviço especializado no dia 25 do mês anterior, uma (Dona Bidens) agendou por meio da central de regulação, por intermédio da USF.

A, Vernônia, mulher de 55 anos, casada, em uso de leflunomida 20mg. No período de produção dos dados, com pouca dor, sem perda funcional, com remissão da atividade da doença. Tratamento medicamentoso prévio com metotrexato, hidroxicloroquina, prednisona, sulfassalazina e azatioprina.

Dona Córdia, mulher, 68 anos, viúva, restrição terapêutica em decorrência da doença de chagas (megaesôfago e miocardiopatia chagásica), dores ocasionalmente, sem perda funcional, moderada atividade da doença.

Sra. Suku, mulher de 68 anos, casada, faz uso de leflunomida 20mg, baixa atividade da doença, com sequelas articulares, lipedema estágio III. Tratamento medicamentoso prévio com metotrexato, sulfassalazina, hidroxicloroquina.

Dona Balê, mulher, 77 anos, separada, faz uso de abatacepte 125mg/semana, baixa atividade da doença. Tratamento medicamentoso prévio com metotrexato, sulfassalazina, hidroxicloroquina, leflunomida e tofacitinib. Apresenta risco elevado de tuberculose, no entanto, PPD negativo.

Dona Bidens, mulher, 51 anos, casada, faz uso de tofacitinib 10mg, moderada atividade da doença, com sequelas articulares. Tratamento medicamentoso prévio com metotrexato, hidroxicloroquina, prednisona, sulfassalazina e infliximabe.

Glycine, mulher, 46 anos, casada, faz uso de adalimumabe 80mg, moderada atividade da doença, com sequelas articulares. Tratamento medicamento prévio com metotrexato, prednisona, leflunomida.

No quadro síntese abaixo (Quadro 1), a caracterização das mulheres que participaram dessa etapa do estudo.

Quadro 1 – Síntese da caracterização das participantes dessa etapa da pesquisa, nome, idade, estado civil, tratamento medicamentoso, tratamento medicamentoso prévio, comorbidades, tempo para diagnóstico (meses), observações.

Itinerário Terapêutico	Participante	Idade (anos)	Estado Civil	Tratamento Medicamentoso	Tratamento Medicamento Prévio	Atividade da Doença DAS28PCR	Comorbidades	Tempo para Diagnóstico (meses)	Observações
1	Vernônia	55	Casada	Leflunomida 20mg	Metotrexato Hidroxicloroquina Prednisona Sulfassalazina Azatioprina.	Remissão	---	60	Pouca dor
2	D. Córdia	68	Viúva	Em Avaliação	Dipirona Ciclobenzaprina	Moderada	Megaesôfago chagásico Miocardiopatia chagásica	36	Dores ocasionais
3	Sra. Suku	68	Casada	Leflunomida 20mg	Metotrexato Sulfassalazina Hidroxicloroquina.	Baixa	Lipedema estágio III	6	---
4	Dona Balê	77	Separada	Abatacepte 125mg	Metotrexato Sulfassalazina Hidroxicloroquina Leflunomida Tofacitinib	Baixa	Risco tuberculose	10	PPD Negativo
5	Dona Bidens	51	Casada	Tofacitinib 10mg	Metotrexato Hidroxicloroquina Prednisona Sulfassalazina Infliximabe	Moderada	---	12	---
6	Glycine	46	Casada	Adalimumabe 80mg	Metotrexato Prednisona Leflunomida	Moderada	---	24	---

Fonte: Elaborado pelo Pesquisador, dados da pesquisa (2022).

7.1.1 Itinerário Terapêutico de Vernônia

Durante a entrevista de Vernônia, ao acompanhar sua fala, foi possível identificar elementos importantes do seu itinerário terapêutico (Figura 2). Descreveu diferentes situações vividas que ultrapassam aquelas relacionadas à AR, após responder objetivamente à pergunta disparadora retomou de forma gradativa sua história e trouxe informações adicionais, relacionadas às suas andanças na busca por cuidados.

Uma nova linha surgia, de acordo com as condições de saúde que apareciam, as situações novas criavam tramas com aquelas anteriores, algumas muito expressivas, capazes de causar verdadeiras pausas no tratamento da doenças de longa duração, depois de algum tempo, ao visualizar toda a trama, espaços vazios que surgiram foram justificados pela força de uma situação considerada mais significativa.

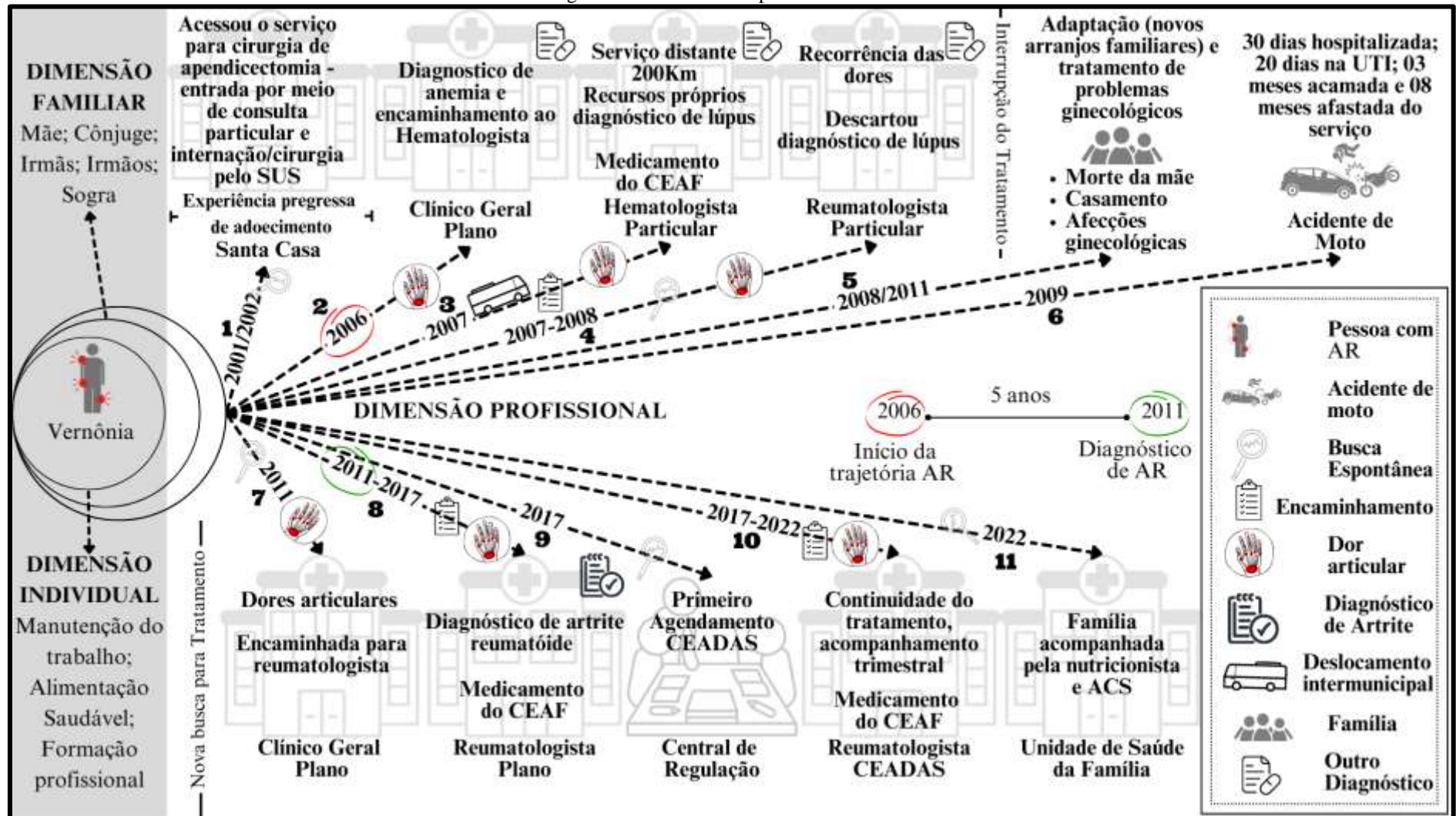
Ao descrever a dimensão individual da gestão do cuidado, apresentou necessidades de manutenção do seu vínculo empregatício durante grande parte de sua rotina de cuidados, principalmente devido ao plano de saúde. No trabalho conseguia experienciar uma outra função, além daquela de filha, irmã, depois esposa. Durante a entrevista demonstrou sentimento de pesar quando disse que foi demitida, apresentava satisfação pelo vínculo empregatício que possuía.

Seguiu em frente, investiu em sua formação profissional e realizou um curso de graduação em Tecnologia de Design Interiores, dessa forma, preserva em seus planejamento, inaugurar uma empresa de jardinagem e design, com seu esposo que é jardineiro. Vernônia, conseguiu modificar os hábitos alimentares e tem feito escolhas mais saudáveis, demonstra satisfação em poder cuidar de si.

Na dimensão familiar, refere ser a filha mais nova e ter permanecido em casa após a saída dos irmãos, durante o envelhecimento da mãe, assumindo seus cuidados – função de cuidadora familiar. Durante a entrevista, cronologicamente foi destacando os acontecimentos, ao relatar sobre o ano 2008 lembrou da morte de sua mãe, nessa época enfrentou divergências familiares para inserir seu esposo na família, seus irmãos na tentativa de garantir sua proteção, não aceitavam seu relacionamento.

Vernônia relata que foi vítima de um acidente automobilístico, no período em que ficou acamada suas irmãs eram responsáveis por todos os cuidados (higiene, alimentação, moradia, etc.), refere não ter sido um período fácil porque era casada e ficaram esse tempo morando em casas separadas, era mais fácil ficar na casa de uma de suas irmãs para que as mesmas sentissem mais à vontade.

Figura 2 – Itinerário Terapêutico Vernônia



Fonte: Elaborado pelo autor, dados da pesquisa (2023).

Interessante destacar que em seu itinerário passou por períodos de não procura dos serviços de saúde (dimensão profissional), tantas coisas aconteciam na dimensão familiar que se afastou do acompanhamento da AR.

Atualmente, depende do cônjuge para transporte ou transporte por aplicativo para conseguir fazer tudo no tempo previsto, isso pelo fato de tentar preservar suas articulações (joelho, quadril, coluna cervical, ombros, cotovelos, punhos e mãos), uma vez que, aprendeu apenas a pilotar moto e sofrer consequências com os impactos do veículo e peso do capacete.

Em sua fala, ao descrever a dimensão profissional, lembrou de um episódio ocorrido em 2001/2002 quando fez cirurgia de apendicite, após quatro dias de dores apresentou febre, conseguiu pagar uma consulta de emergência em um hospital filantrópico do município, fez exames e foi diagnosticada, recebeu alta e deu entrada novamente no mesmo hospital, dessa vez pelo SUS, para poder fazer a cirurgia que precisava.

Essa situação caracteriza um pouco a realidade do SUS em algumas localidades remotas, em que a senha de acesso facilitado, perpassa em primeiro plano, por pagamento de consulta particular, rompendo a barreira para o diagnóstico e posteriormente acesso aos serviços do SUS para atendimentos mais caros como cirurgias, exames mais complexos, tratamento em unidades de terapia intensiva.

Aqueles que não conseguem pagar o atendimento de emergência ou uma primeira abordagem em consultório particular, para diagnóstico, enfrentam lugares com concentração de maior número de pessoas em busca de um primeiro atendimento.

Em relação à AR, iniciou a busca por cuidados em 2006, devido às fortes dores que sentia nos ombros, a dor mobilizou a procura por atendimento médico, foi atendida por um clínico geral que diagnosticou anemia grave e encaminhou ao hematologista. No final de 2006 e início de 2007, o hematologista tratou a anemia e diagnosticou lúpus, em tratamento de lúpus, após um ano voltou a sentir dores.

Interessante notar que, mesmo hoje, são poucos os hematologistas em MT, para ser atendida em 2006/2007 deslocou-se até a capital, Cuiabá. Devido à distância e persistência das dores fortes, mesmo com tratamento medicamentoso prescrito, resolveu não viajar mais para capital e procurou um médico em Rondonópolis – pelo diagnóstico de lúpus, procurou um reumatologista que atendia em consultório particular, o mesmo, descartou o diagnóstico de lúpus e retirou aos poucos os medicamentos. Quando iniciaria um processo de investigação diagnóstica decidiu não voltar pelo valor da consulta.

Em 2009, Vernônia ficou acamada por três meses em decorrência de um acidente automobilístico grave, precisou fazer cirurgias, no pós-operatório uma parada

cardiorrespiratória resultou em vinte dias na unidade de terapia intensiva. Após a alta, em casa, utilizava traqueostomia e tinha algumas úlceras por pressão, recebia então visita domiciliar de uma técnica de enfermagem da Fundação de Saúde de Mato Grosso (FUSMAT), responsável pelos curativos.

Após esse período, quando voltou ao trabalho, sentia fortes dores no período menstrual, ao ser atendida o ginecologista diagnosticou endometriose. Fez tratamento, sem alcançar o resultado almejado, quando decidiu por histerectomia, abandonou o tratamento, pensava em uma possível gestação.

Em 2011, retornou ao atendimento reumatológico, iniciou o tratamento, no entanto as dores articulares eram insuportáveis e não melhoravam, ao retornar ao consultório e realizar outros exames, recebeu diagnóstico de AR – desde então, nunca parou o tratamento.

No período compreendido entre 2008-2011, uma lacuna terapêutica para as dores que sentia em decorrência da AR ainda não diagnosticada. Ao olhar para esse período, percebeu a morte da mãe; inserção do cônjuge na família; casamento; acidente grave e as complicações decorrentes; endometriose – fatores que precederam o diagnóstico de AR. Situações da dimensão familiar que atravessaram a dimensão profissional e redirecionaram suas escolhas.

Em 2013, retomou as consultas ginecológicas e descobriu miomatose, estava com 47 anos e a gravidez não era mais uma prioridade, resolveu retirar o útero. Ao olhar para o episódio de histerectomia ocorrido em 2013, percebeu que engravidar nunca foi prioridade, nunca buscou uma gravidez, mas, caso acontecesse, não teriam problemas. Para o esposo que já tinha uma filha de outro casamento considerou que também não era algo almejado.

Dedicou-se ao trabalho, aos estudos e no ano de 2017, perdeu o emprego e precisou realinhar o tratamento com acompanhamento bimestral para AR que até então era realizado por meio do plano de saúde ou atendimento em consultório particular, dois recursos possíveis devido ao emprego que tinha. Por intermédio da central de regulação municipal, conseguiu uma vaga para ser atendida pelo SUS, pela rapidez foi possível continuar com o tratamento com os medicamentos de alto custo.

Ter acompanhamento prévio no serviço privado, com diagnóstico e linha terapêutica estabelecida, facilitou o acesso ao atendimento no SUS, como um atalho. Assim como aquele utilizado para conseguir a cirurgia de apendicite que precisava. Dessa vez, diluído pelo tempo e no contexto de uma doença de longa duração.

Desde então engajou-se em uma rotina de acompanhamento trimestral pelo SUS, e atualmente acessa exclusivamente esse ambulatório para acompanhamento. No território onde reside, mantém contato com uma agente comunitária de saúde que informa sobre as ações da

USF, vacinas e questiona com frequência sobre seu estado de saúde, tudo pelo celular, com uso de aplicativo de mensagem.

Nessa mesma unidade de saúde, acompanhou o cônjuge em consulta médica e foram orientados, após encaminhamento e atendimento com nutricionista, para adotarem hábitos alimentares saudáveis, situação que modificou o preparo e consumo dos alimentos.

Desde a primeira consulta com clínico geral em 2006, até o diagnóstico de AR, foram 5 anos, mesclou acessos entre consultas particulares e pelo plano de saúde, atualmente utiliza o SUS.

Após o diagnóstico de AR a prioridade foi reduzir a dor, o médico e os medicamentos eram a materialização deste objetivo, situação que minimizou as possibilidades de tratamento não medicamentoso e provocou dependência pelo profissional médico. A recorrência de consulta a cada três meses, com necessidade de exames e consultas para confecção do processo para aquisição do medicamento de alto custo, demonstra a burocratização do sistema e a produção intensa de provas/papéis para demonstrar com frequência a existência da doença.

Devido a reprodução do modelo de atenção com foco na figura do médico especialista, regulador do produto capaz de controlar a dor, a usuária tem sua autonomia diminuída, assim como sua capacidade de escolha de outras oportunidades terapêuticas, não ofertadas.

Durante a entrevista relatou descontentamento com algumas situações: forma de agendamento (abertura da agenda no dia 25 do mês que antecede o mês da consulta), situação que gera fila na madrugada para disputa de vagas; longo tempo de espera para ser atendida; dispersão dos locais para realização de exames, agendamento e requisição do medicamento.

7.1.2 Itinerário Terapêutico de Dona Córdia

Dona Córdia preferiu não realizar a entrevista e descrever seu itinerário terapêutico (Figura 3) no CEADAS, para não perder o horário do ônibus, precisava retornar ao domicílio, pediu para agendar na USF perto de sua casa para não ter que voltar no outro dia. A distância e a dependência do ônibus restringiam a locomoção, e a USF está localizada à duas quadras de sua casa.

Na dimensão individual a fé surgiu como elemento chave de suas ações, em momentos de aflição busca as orações para resolução dos problemas; o cuidado de si diante das restrições que foram impostas no decorrer da vida, com o surgimento de multimorbidades tornou-se fator de proteção, uma vez que, considera e coloca em prática as recomendações que recebe, nos diferentes espaços que frequenta, para manutenção da saúde e melhoria da qualidade de vida.

Manter as contas em dia gera sentimento de tranquilidade e bem-estar, quando não consegue equilibrar as finanças apresenta dificuldades para controlar o nervosismo e ansiedade, além da insônia. Faz uso frequente de chás para melhorar a sensação de conforto e bem-estar.

Na dimensão familiar recebe apoio significativo da neta e do esposo da neta, irmãs, irmãos e filhos, também estão sempre dispostos a ajudar. Tem bom relacionamento familiar, no entanto, prefere telefonar ao invés de frequentar a casa de seus parentes. Devido à religiosidade, apoia-se com frequência na igreja, trata os demais frequentadores como irmãos da igreja e aconselha-se frequentemente com pastor.

Na dimensão profissional, sua vivência com diagnóstico de doença de chagas, possibilitou experienciar uma condição crônica. Transitou pela USF em 2003 ao perceber alterações em exames cardiovasculares, ao acessar o especialista foi diagnosticada com a doença, prescreveu medicamentos dizendo que seu uso seria para toda vida.

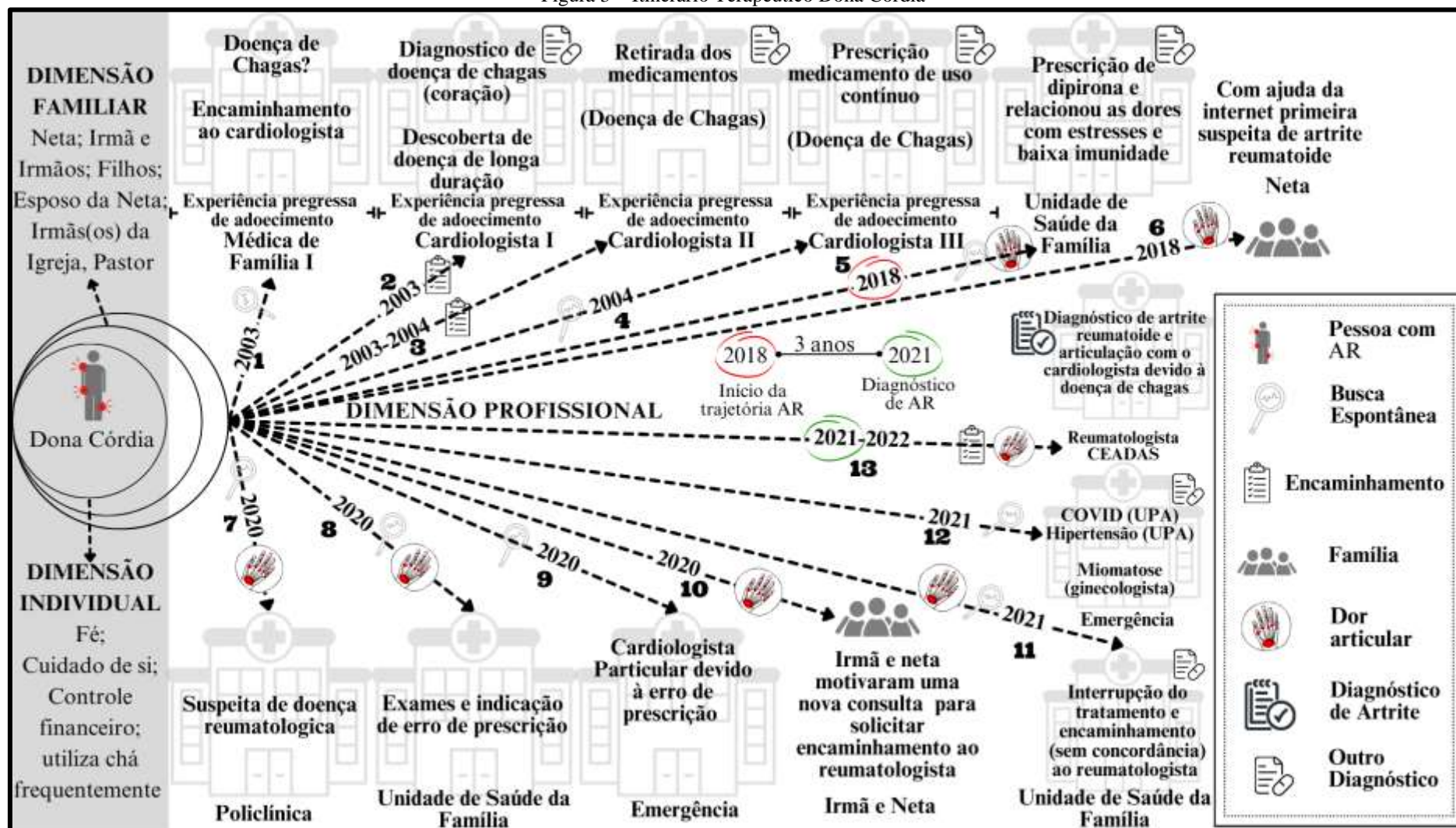
Em outra ocasião também em consulta com cardiologista, dentre os anos de 2003-2004, confirmou o diagnóstico, no entanto, suspendeu o tratamento medicamentoso. Em 2004, em consulta agendada com um terceiro cardiologista, o mesmo retomou o uso do medicamento que o primeiro cardiologista havia prescrito e orientou o uso contínuo, sem interrupções, por toda vida. Sentiu-se segura na época, pela dupla confirmação e prescrição medicamentosa, desde então tem utilizado o medicamento e não mais suspenderam o uso.

Ainda em se tratando do acompanhamento em decorrência da condição cardiovascular, insuficiência cardíaca secundária à doença de chagas, em uso contínuo de Carvedilol, queixa-se da rotatividade dos profissionais que atendem no serviço especializado, sempre foi bem atendida, mas, com frequência um profissional diferente faz o atendimento.

Também em decorrência da doença de chagas, está fazendo acompanhamento com gastroenterologista, devido à descoberta recente de acometimento no esôfago.

Ao iniciar seu percurso assistencial em direção à reumatologia, em 2018 – apresentou dores articulares intensas principalmente nas mãos, acompanhadas por edema e rubor, buscou atendimento na USF perto de sua casa, ocasião em que a médica prescreveu dipirona e interpretou como um evento isolado, em decorrência de estresses e baixa imunidade.

Figura 3 – Itinerário Terapêutico Dona Córdia



Fonte: Elaborado pelo autor, dados da pesquisa (2023).

Ao falar para neta sobre seu sofrimento e que as dores estavam prejudicando inclusive seus hábitos de sono e alimentação, a neta resolveu buscar pelos sintomas na internet para tentar entender melhor o que a avó estava sentindo. Com os termos que fez a busca, disse para avó que se tratava de artrite reumatóide. No entanto, preferiu continuar com uso de dipirona e não procurou outro atendimento.

Em 2020, após intensas dores, mesmo com uso de dipirona, não mais concordando com a abordagem da médica da USF e acreditando ter algo relacionado ao campo da reumatologia, foram um pouco mais distante do domicílio e buscaram atendimento na policlínica, serviço pertencente à APS que abriga equipes de saúde da família; programa de agentes comunitários de saúde; unidade básica de saúde com clínico geral, ginecologista e obstetrícia, pediatria e pequenas cirurgias; farmácia; centro de coleta laboratorial; centro odontológico – o município conta com duas unidades. Com exceção das ações das ESF e Programa de Agentes Comunitário de Saúde que se vinculam à essa modalidade, ambas servem de retaguarda para todo município.

Na policlínica, foi muito bem atendida, iniciou um processo de investigação diagnóstica para AR e recebeu a prescrição de analgésicos e anti-inflamatórios. Quando os exames ficaram prontos, também em 2020, não conseguiu retornar com o mesmo médico devido ao grande número de casos de COVID-19, o mesmo teve suas atividades direcionadas ao atendimento de retaguarda para sintomáticos respiratórios.

Perceberam que precisariam recorrer novamente à médica da USF, durante a consulta para mostrar os exames, a médica não identificou alterações nos exames e prescreveu relaxante muscular. Ao tomar o medicamento apresentou diferentes repercussões cardiovasculares, com a ajuda de sua irmã, foram até a emergência de um hospital particular, em busca de um cardiologista.

Em atendimento de emergência cardiovascular, o mesmo suspendeu o uso do medicamento (relaxante muscular) e solicitou que retornasse à USF para reavaliação. Não confiando mais na conduta terapêutica da médica, foi motivada pela irmã e neta, para solicitar um encaminhamento ao reumatologista.

Ao retornar à médica, a mesma suspendeu todos os medicamentos que ela mesma havia prescrito e finalizou o atendimento, inconformada e motivada pela família, conseguiu pedir um encaminhamento e insistiu, a médica sem concordar fez o encaminhamento.

Ainda em 2021, procurou a UPA por outros motivos: 1) falta de ar e outros acometimentos nas vias aéreas – diagnóstico de COVID-19; 2) preocupações devido à problemas financeiros e desmaio na igreja durante período de oração – crise hipertensiva; 3) sangramento vaginal intenso, em menopausa e com 67 anos – miomatose.

Em 2022, conseguiu a consulta que esperava com o reumatologista desde 2021, após exames, o médico diagnosticou AR e prescreveu alguns medicamentos, no entanto, na época da entrevista estava aguardando consulta com cardiologista, a pedido do reumatologista, para avaliação quanto à utilização de alguns medicamentos.

7.1.3 Itinerário Terapêutico da Sra. Suku

No itinerário terapêutico (Figura 4), dimensão individual da gestão do cuidado, Sra. Suku, expressou a satisfação que sente ao poder contribuir com a renda familiar, primeiro quando possuía um vínculo empregatício e agora com a aposentadoria. Gosta de ajudar os outros no que for preciso e procura sempre estabelecer boas relações com aqueles à sua volta.

Na dimensão familiar, cuida e sente-se cuidada pelo esposo, mantém um bom relacionamento com os filhos – mudaram duas vezes de cidade (Foz do Iguaçu, PR – Colíder, MT; Colíder, MT – Rondonópolis, MT), em busca de melhores condições de trabalho, primeiro os filhos mudaram, após fizeram o mesmo percurso, referiu gostar de ficar perto dos filhos.

Ainda quando moraram em Colíder, MT refere ter recebido diversas vezes orientações do irmão em relação à aposentadoria, que indicou os caminhos que deveria seguir - apresentou êxito no processo.

Refere que sua nora é como se fosse uma filha, responsabiliza-se pelo cuidado de todos da família, pelo fato de ser enfermeira e gostar de estar perto. Faz todos os agendamentos necessários (exames e consultas), sempre avisa com antecedência para poderem se organizar. Quando não podem utilizar o carro, também providencia o transporte, seja por meio de carro por aplicativo ou conseguindo carona. Enfim, está sempre presente – durante a entrevista recebeu uma ligação, era a sua nora, interessada em saber se a consulta já tinha acontecido e como havia sido, pediu também uma cópia do TCLE da pesquisa – informou o horário aproximado que a entrevista duraria e quando pretendia estar em casa.

O esposo estava presente o tempo todo, acompanhou a consulta e a entrevista, atendia as ligações e comentava sobre o que se tratava, auxiliava no resgate de informações que consideravam importantes. Quando as dores surgiram, auxiliou com a investigação sobre um medicamento que poderia ser adquirido na região de fronteira com Paraguai, por ser motorista e fazer o percurso diariamente, comprava várias caixas de medicamentos e trazia para tentar auxiliar no controle da dor.

Sempre aderiu a qualquer orientação dada por amigos, principalmente no que se refere a medicamentos, a exemplo disso, ela e seu esposo foram informados e fizeram tratamento com

o medicamento adquirido no Paraguai, mesmo sem saber do mecanismo de ação e efeitos colaterais – queriam apenas controle da dor.

Anterior a esse processo de automedicação, no percurso que referente à dimensão profissional da gestão do cuidado, no ano 2000, em decorrência das fortes dores que sentia recebia acompanhamento de ortopedistas, sempre faziam advertência de que aquela condição apresentada era reumatológica.

No mesmo ano, um reumatologista iniciou suas atividades no município, mas, Sra. Suku conseguiu ir apenas na primeira consulta, ocasião em que o médico anunciou diagnóstico de AR e prescreveu um medicamento, no período de retorno com um mês de tratamento, o médico já não atendia no município. Por não saber como proceder interrompeu o tratamento e guardou a prescrição.

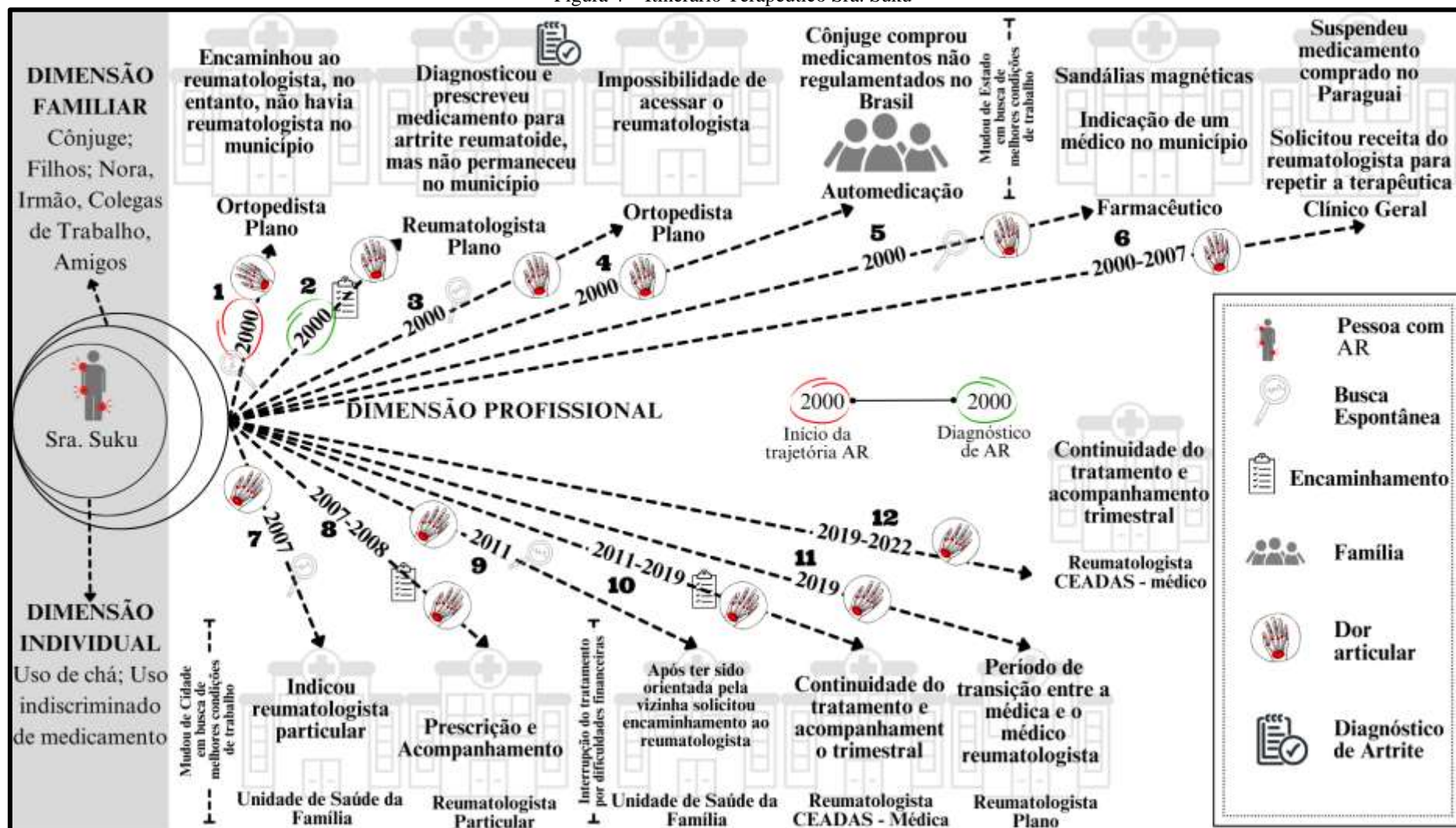
Continuou o acompanhamento com ortopedistas, sempre pelo plano de saúde. Nessa época sentia muitas dores, foi quando adquiriu os medicamentos vendidos no Paraguai, sem regulamentação no Brasil, por influência dos amigos.

Após esse período, mudou do Paraná para MT, foi residir em uma cidade pequena e interiorana, com baixa capacidade de resposta em relação aos serviços especializados, por esse motivo continuou com os mesmos medicamentos, procurou uma farmácia quando as dores eram insuportáveis.

Após visualizar diversas propagandas, foi adquirir na farmácia as sandálias magnéticas, para alívio da dor. Ao comprar, explicou sua história e condição de saúde ao farmacêutico que indicou um clínico geral que atendia no município pelo SUS.

Durante a consulta com Clínico Geral (refere como sendo um excelente médico), confirmou o diagnóstico de AR, após apresentar a prescrição daquele médico reumatologista – conseguiu investir no mesmo tratamento, com apoio da farmácia de alto custo estadual, recebia os medicamentos sem custo, período de 2000 até 2007.

Figura 4 – Itinerário Terapêutico Sra. Suku



Fonte: Elaborado pelo autor, dados da pesquisa (2023).

Em 2007 mudou-se de município, primeiro seus filhos depois Sra. Suku e seu esposo, destino foi Rondonópolis, MT em busca de melhores condições de trabalho. Ao chegar, foi ao médico da USF de referência para seu domicílio, na unidade recebeu encaminhamento para um reumatologista que atendia, apenas, em consultório privado.

Engajou-se no tratamento no período de 2007 a 2008, quando dificuldades financeiras a afastou do consultório particular. Em 2011, sem acompanhamento especializado durante todo esse período, foi informada da contratação de uma reumatologista para o SUS no município, engajou-se novamente no tratamento, com consultas trimestrais até 2019.

Nesse período a médica que realizava seu acompanhamento parou de atender pelo SUS no município, até a vinculação de um outro reumatologista também em 2019, por um pequeno período foi acompanhada por uma outra médica reumatologista em consultório privado.

Após a vinculação de outro reumatologista no CEADAS, voltou ao tratamento habitual, com acompanhamento trimestral, desde 2019, está sendo acompanhada pelo mesmo reumatologista.

7.1.4 Itinerário Terapêutico de Dona Balê

Na dimensão individual do itinerário terapêutico (Figura 5), Dona Balê, utiliza de forma indiscriminada qualquer tratamento para controlar seus sintomas, inclusive os indicados por pessoas que não são profissionais da saúde. Assume esse comportamento por acreditar que se fez bem para outra pessoa, poderá fazer bem para ela também e, com isso, sanar seus problemas.

Diante da dimensão familiar, após a separação assumiu sozinha o cuidado dos filhos, hoje adultos. Sua filha a auxilia nas atividades cotidianas, acompanha nas consultas e exames, lida com o acesso aos diferentes serviços de saúde, auxilia financeiramente, auxilia na organização da rotina para evitar sobrecarga nas atividades com a casa, elabora as refeições.

Por outro lado, o filho demanda cuidados pelo consumo excessivo de álcool, além disso, pela segunda vez ele apresenta diagnóstico de tuberculose, da primeira vez precisou ficar hospitalizado para tratamento, Dona Balê o acompanhou nesse processo. Dessa vez, não quer fazer o tratamento e não aceita mais a hospitalização. Dona Balê não faz uso de máscaras, não foi orientada a respeito, sente-se insegura devido à sua baixa imunidade e risco de desenvolver a doença.

O conflito também se estabelece entre os irmãos. A filha relata que poderia trabalhar com mais tranquilidade se tivesse o apoio do irmão, entretanto, o mesmo não trabalha, não compartilha as responsabilidades de cuidar da mãe e também demanda cuidados das duas.

A filha demonstra preocupação intensa com tudo, questiona a todo momento e critica tudo à sua volta, principalmente da demora e período de espera, vai e vem entre os diferentes serviços, refere sobrecarga de atividades e burocracia em conseguir aquilo que deseja (principalmente o medicamento), diz querer ofertar mais para sua mãe, mas, não consegue. Os amigos influenciam na utilização de uma diversidade de possibilidades terapêuticas, medicamentosas e não medicamentosas. Atualmente a filha interfere a todo momento, pede para os amigos não indicarem mais nada e tenta sempre desconstruir o pensamento da mãe de seguir o tratamento atribuído aos outros.

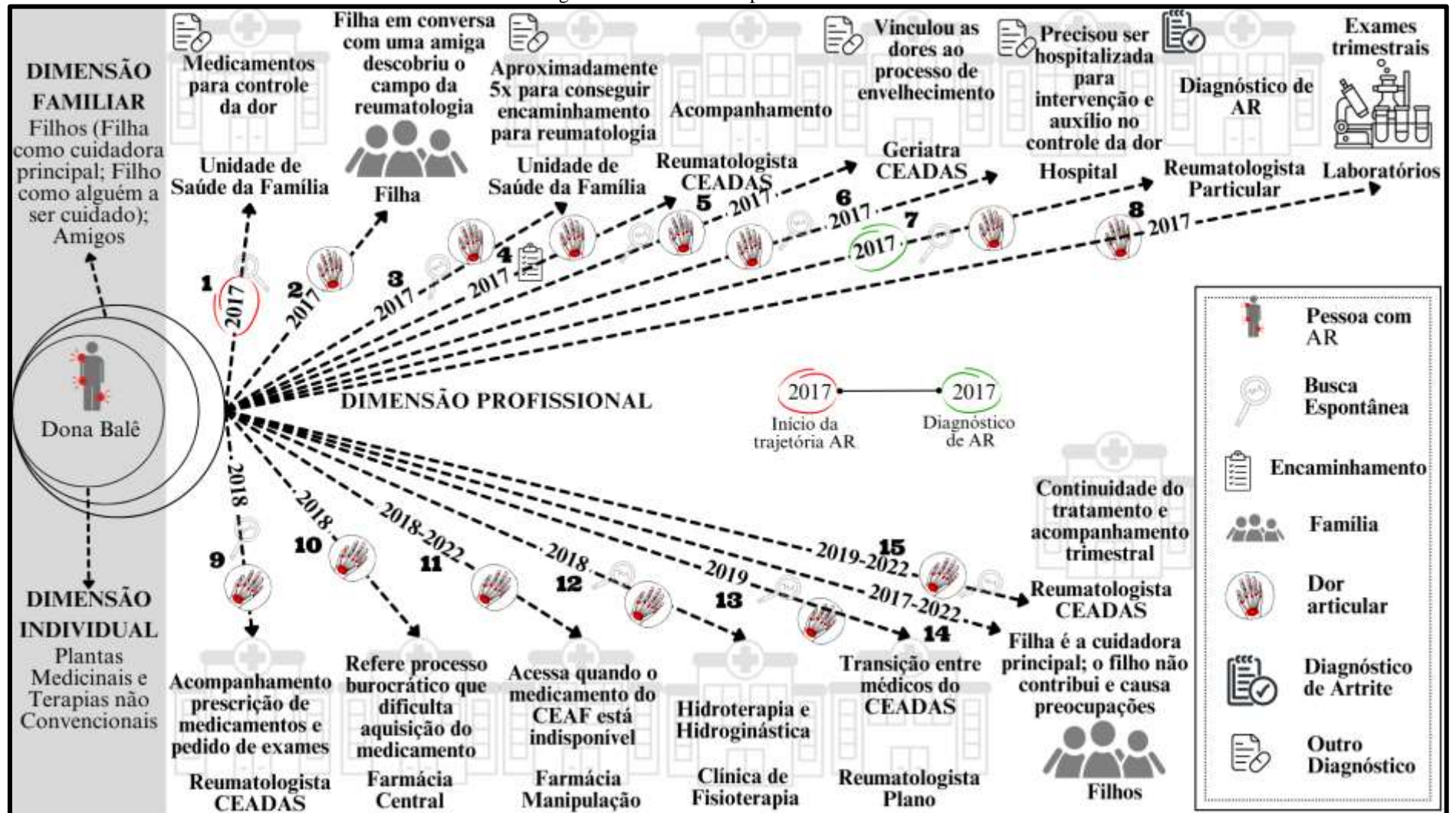
Na dimensão profissional, devido à dor intensa, buscou a USF em 2017, olhavam para sua dor e tentavam controlar com analgésicos. No entanto, as dores não cessavam. Com a descoberta do médico reumatologista, na companhia da filha, buscou encaminhamento para o serviço especializado por cinco vezes na USF.

Após conseguir consulta com reumatologista no CEADAS, não gostou da abordagem da médica e preferiu buscar um geriatra. Na consulta com o geriatra, não percebeu movimento para elucidação do diagnóstico, vinculou a dor ao processo de envelhecimento, por esse motivo, não continuou seguindo suas orientações terapêuticas. Nesse período ficou hospitalizada devido às dores intensas nas articulações – após o período de hospitalização buscou um reumatologista em consultório privado, após exames o mesmo diagnosticou, AR.

No mesmo ano, o médico que realizava seu acompanhamento em consultório privado passou a atender pelo SUS, com isso migrou seu atendimento para garantir a continuidade do tratamento, sem custos.

Refere que em todo momento teve dificuldade no acesso ao medicamento no SUS, pelo excesso de obstáculos burocráticos que precisou cumprir em busca do medicamento pertencente ao Componente Especial da Assistência Farmacêutica – CEAF. Inclusive ao perder prazos precisava reiniciar toda trajetória ou quando faltava algum exame, vencia alguma prescrição, sempre peregrinava para deixar o processo adequado para submissão.

Figura 5 – Itinerário Terapêutico Dona Balê



Fonte: Elaborado pelo autor, dados da pesquisa (2023).

Em 2019, observou a contratação de novos médicos no CEADAS e a transição de alguns especialistas – observou grande rotatividade de profissionais no ambulatório, reclamou dessa situação, pela descontinuidade das orientações e acompanhamento terapêutico. Diante dessa situação buscou um médico pelo plano de saúde.

Ainda em 2019, até 2022, quando percebeu que a situação do CEADAS em relação à rotatividade de profissionais havia normalizado, passou a agendar consultas com médico que fazia seu acompanhamento e retomou o atendimento pelo SUS, com consultas trimestrais.

7.1.5 Itinerário Terapêutico de Dona Bidens

Na dimensão individual do itinerário terapêutico (Figura 6), Dona Bidens, leva uma vida tranquila no sítio, no entanto repleta de muito trabalho, lugar de refúgio onde consegue plantar, tratar de animais, desenvolver inúmeras atividades do campo. Realiza caminhada, gosta e sente-se muito bem com a prática desse exercício diário. Utiliza plantas medicinais para sentir-se melhor no decorrer do dia. Também, faz uso de plantas medicinais com a finalidade de controlar a manifestação da AR.

Na dimensão familiar, encontrou apoio na cunhada que também apresenta o diagnóstico de AR, compartilham dicas e conhecimento sobre plantas medicinais para o controle da doença. Tem apoio do cônjuge que também desempenha atividades no sítio e é responsável pelo transporte.

De acordo com Dona Bidens, na zona rural todo mundo se conhece, um ajuda naquilo que o outro precisa e que mesmo morando em sítio, tem bastante vizinhos. Além disso, tem um pequeno centro comercial, local de encontro, compras e espaço em que fica uma escola e uma unidade de saúde rural.

O outro contexto que permeia a vida de Dona Bidens é a casa dos pais, residem na cidade (zona urbana do mesmo município). São idosos, não querem ir para o sítio porque já se adaptaram no bairro onde moram, tem bastante vizinhos, igreja, unidade de saúde, escola, mercado e farmácia perto de casa.

Refere que, atualmente, sempre que seus pais precisam comprar algo, pagar alguma conta, fazer algo diferente, esperam pela chegada dela. Sabendo disso, Dona Bidens desloca-se até a casa deles duas vezes na semana para sanar as atividades que apresentam, sai do sítio no final do dia, chega na casa dos pais à noite onde dorme, acolhe as demandas e sai bem cedo para resolvê-las, fica até o fim de tarde com eles e antes de escurecer retorna ao sítio. Seu irmão e sua cunhada não participam de forma efetiva do cuidado, preferiu não apontar os motivos.

Em se tratando da dimensão profissional da gestão do cuidado, entre o período de 2016 a 2017 buscou atendimento com geriatra, no entanto, mesmo com dores intensas nas articulações, não relacionava as dores a algum diagnóstico. Diante disso, interrompeu o acompanhamento.

Nesse mesmo período, fazia acompanhamento com médico da USF da zona rural, referência para seu domicílio. O mesmo chegou ao diagnóstico de AR e encaminhou ao reumatologista. Em 2017, buscou atendimento com um reumatologista em consultório privado, no entanto, por não perceber melhoras interrompeu o tratamento.

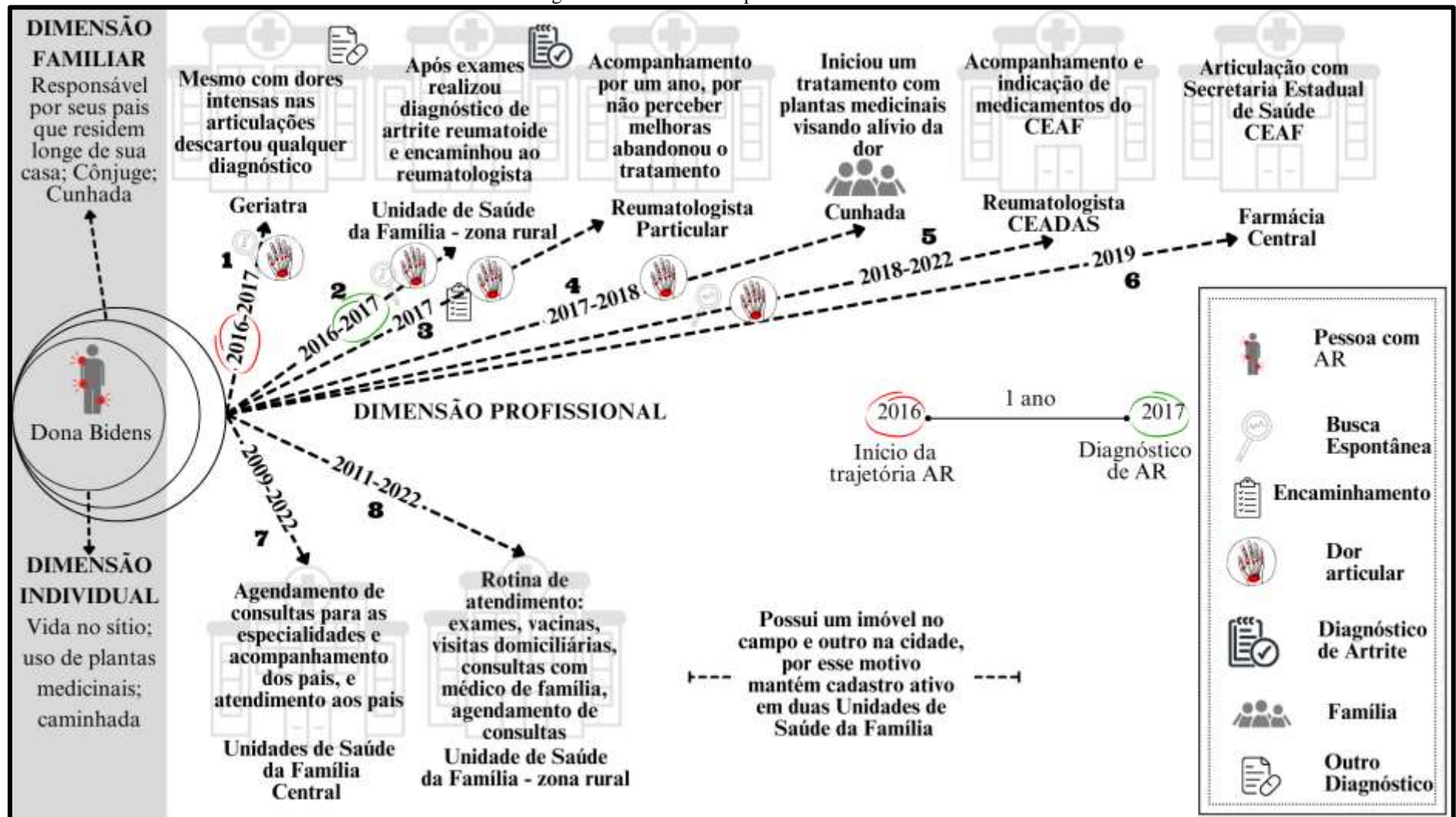
No período de 2017 iniciou a utilização de plantas medicinais, sob influência de sua cunhada, visando alívio da dor, atualmente, de forma complementar, faz tratamento com uma planta medicinal continuamente.

Em 2018 iniciou acompanhamento com reumatologista pelo SUS no CEADAS, o mesmo, após confirmação diagnóstica de AR, acompanhamento e outras alternativas terapêuticas, iniciou tratamento com medicamentos do CEAF. Com isso, conseguiu controlar as dores.

Recebe esses medicamentos de forma contínua e não ter apresentado dificuldades para sua aquisição e manutenção do tratamento. Utiliza com frequência duas unidades de saúde.

A USF da zona rural, utiliza desde 2011, para acompanhamento e rotina, exames, vacinas, visitas domiciliares, consultas com médico de família, agendamento de consultas com especialistas. Por sua vez a USF da região central, utiliza para agendar consulta com especialista, para tratamento e acompanhamento de seu pai e sua mãe. Faz esse duplo acompanhamento, por manter imóveis no campo e na cidade, permanecendo com dois cadastros ativos, o primeiro a responder sua demanda é o escolhido.

Figura 6 – Itinerário Terapêutico Dona Bidens



Fonte: Elaborado pelo autor, dados da pesquisa (2023).

Utiliza com frequência a farmácia central para confecção do processo para aquisição dos medicamentos, para retirá-los e esclarecer dúvidas que surgem, tanto sobre os medicamentos, quanto sobre o fluxo de aquisição dos mesmos.

7.1.6 Itinerário Terapêutico de Glycine

Na gestão da dimensão individual do cuidado, em seu itinerário terapêutico (Figura 7), Glycine, investe em práticas de autocuidado e preocupa-se muito com a imagem corporal. Gosta de viajar, andar a cavalo, diariamente se exercita por meio de caminhada e corrida, refere que enquanto assiste filmes, jornais ou novelas, geralmente no período noturno, faz alongamentos e exercícios que aprendeu quando praticava pilates, adquiriu inclusive uma bola de pilates.

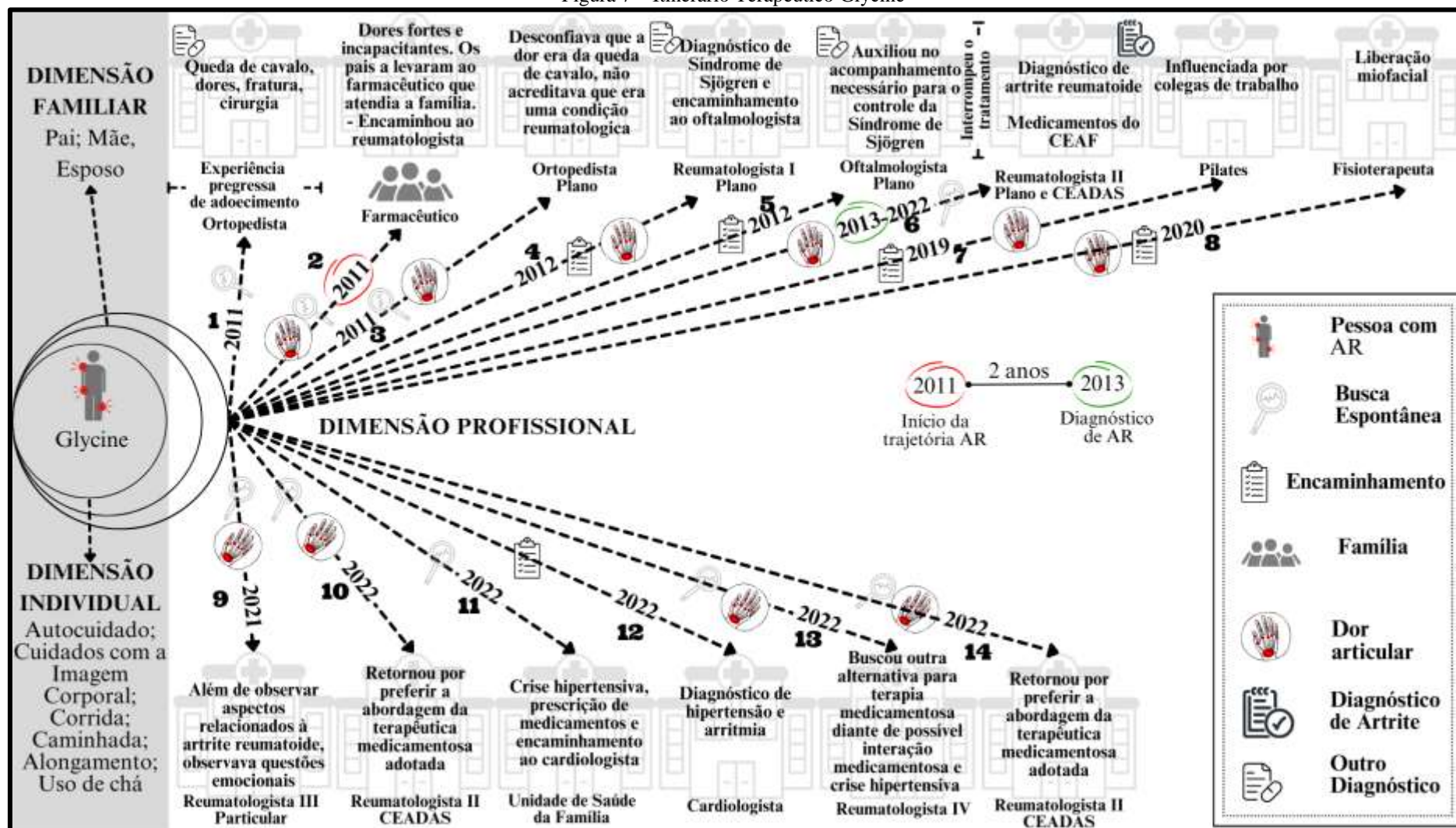
Na dimensão familiar apoia-se fortemente no cônjuge, com o qual estabelece uma relação de confiança e de apoio mútuo, em que se sente motivada a desempenhar os cuidados de si. Atende as suas expectativas quanto ao respeito frente as alterações físicas relacionadas ao uso do medicamento (ressecamento de mucosas, pouca hidratação da pele, queda de cabelo, intensificação de alguns sinais de envelhecimento), ajuda superá-las quando possível.

Quando precisou, em uma situação de extrema vulnerabilidade no enfrentamento de sua condição crônica (dores insuportáveis e incapacitantes que limitavam sua movimentação), recorreu aos pais para nortear a busca por cuidados – tranquilizaram a filha e recorreram à ajuda de um farmacêutico de confiança da família, que orientou o caminho melhor a seguir e os cuidados que deveriam ser adotados daquele momento em diante.

A dimensão profissional da gestão do cuidado, acumula experiências de buscas por cuidado desde 2011, precisou ser hospitalizada e realizar cirurgias, após uma queda de cavalo. Neste episódio, estava em uma viagem, precisou estender sua estadia até recuperar-se.

Ao retornar, sentiu muitas dores no trajeto, no entanto, acreditava que fosse em decorrência da queda, procedimentos que havia executado e por se tratar de uma viagem longa – Sul ao Centro-Oeste do país. Refere que as dores eram intensas e incapacitantes, gritava de dor e não conseguiu descer do carro, por esse motivo, antes de chegar em Rondonópolis, MT, fez uma parada na casa de seus pais que moram em uma cidade vizinha.

Figura 7 – Itinerário Terapêutico Glycine



Fonte: Elaborado pelo autor, dados da pesquisa (2023).

Nessa cidade seus pais a conduziram para consulta com farmacêutico que atendia a família, o mesmo fez indicação de alguns medicamentos e afirmou que, caso houvesse melhora com aqueles medicamentos, era para procurar um médico reumatologista. Caso contrário, um ortopedista.

Melhorou muito com os medicamentos indicados pelo farmacêutico, no entanto, não acreditava ter algo relacionado à reumatologia, preferiu buscar um ortopedista pelo plano de saúde. Após investigação diagnóstica encaminhou ao reumatologista.

Em 2012, acessou o primeiro reumatologista pelo plano de saúde, atribui todas aquelas queixas à síndrome de Sjögren, além de tratamento medicamentoso, encaminhou ao oftalmologista – fez acompanhamento com reumato e oftalmologista durante o ano de 2012, até que interrompeu o tratamento e buscou atendimento com um segundo reumatologista.

Esse outro reumatologista, disse não se tratar de síndrome de Sjögren e atribui outro diagnóstico, AR. Período que iniciou tratamento com medicamentos do CEAF.

Em 2019, realizou pilates com uma enfermeira e em 2020 fez liberação miofascial com um fisioterapeuta. Devido ao valor e horário das sessões interrompeu o acompanhamento profissional do pilates e não realizou outras sessões com fisioterapeuta.

Em 2021 procurou uma terceira reumatologista, em consultório particular, gostou de sua abordagem por envolver na terapêutica questões relacionadas aos aspectos emocionais, refere que são gatilhos para as dores que sente.

Em 2022, retornou ao segundo reumatologista que havia procurado, porque se adaptou melhor à terapêutica adotada por ele, mesmo, não abordando como gostaria as questões emocionais. No mesmo ano apresentou uma crise hipertensiva, foi acompanhada inicialmente pela USF e após realização pedido do monitoramento ambulatorial da pressão arterial, realizou consulta com cardiologista. Em consulta, diagnosticou hipertensão e arritmia, relacionadas a possível efeito adverso do medicamento para tratamento da AR.

Com essa dúvida em relação ao efeito colateral de um dos medicamentos, buscou uma quarta reumatologista. Por não se adaptar à terapêutica medicamentosa prescrita, retornou ao segundo reumatologista, intercalando acompanhamento com cardiologista.

7.1.7 Elementos da produção do cuidado com base nos itinerários terapêuticos

Nos itinerários terapêuticos é possível perceber a ação dos trabalhadores da saúde, família, amigos em um contexto de busca por cuidados de quem vivencia o processo de adoecimento, nas situações esquematizadas o diagnóstico médico foi atribuído em até 5 anos.

Mas, a motivação não era ter o diagnóstico médico, e sim controlar as dores. O cuidado de si era produzido na medida em que buscavam alternativas para cessar as dores, situação que mobilizou esforços para buscar uma intervenção potente para o problema. As interações previamente vivenciadas, em diferentes contextos de adoecimento no decorrer da vida e a descrição do percurso assistencial foi privilegiada nos depoimentos.

Procurei atendimento desde que começaram as dores, (...) eu comecei a sentir muitas dores, principalmente nos ombros, não conseguia quase que movimentar o braço e isso me incomodou, começou a me incomodar muito, foram dias de dores. (Vernônia)

Procurei tratamento desde que eu comecei a sentir as dores (...) só que não atacava muito né, sentia que às vezes avermelhava, inchava, doía bastante, depois já começou assim a inchar, atrofiar (...) muitas vezes eu não conseguia nem movimentar, até para movimentar eu tinha muita dificuldade, não conseguia nem pegar o garfo (...). (Dona Córdia)

(...) quando começou uma dor no pescoço na região da nuca, e aquela dor descia (...) eu não aguentava virar minha cabeça, para eu virar para trás eu tinha que virar todo o corpo e doía muito (...). (Sra. Suku)

(...) comecei a sentir muitas dores nas juntas, comecei a sentir muitas dores (...) estava com muita dor, muita dor, estava quase entrevando (...) um dedo meu ficou torto, só esse que ficou torto, no começo doía bastante. (Dona Bidens).

(...) eu tinha crises de dores que eram muito (...) eu comecei a sentir dores assim, do nada, eu estava parada trabalhando parecia que meu joelho saía fora do lugar, eu para mim que o joelho saía fora do lugar, eu ajeitava e continuava sentindo dores (...) não consegui abaixar, eu gritava, para eu abaixar tinha que ir devagar e apoiando, porque se fosse de uma vez eu sentia dores, queria me movimentar e não me movimentava porque sentia muita dor, eu travei (...) eu gritava de dor. (Glycine)

A família e os amigos produziram cuidado no sentido de ofertar o suporte necessário para controle da dor, situações que envolveram auxílio na manutenção da limpeza da moradia, transporte, motivação para busca de alternativas, acompanhamento em consultas, discussão de casos semelhantes para entender melhor o problema.

Meu esposo e minhas irmãs sempre me ajudam naquilo que eu precisei em decorrência da AR, por exemplo, os cuidados com a casa eu não posso deixar de citar minha sogra, apesar dela ter uma certa idade ela é uma pessoa bem

ativa, ela é bem próxima e ela mora aqui na cidade mesmo, quando ela está disponível ela me ajuda. (Vernônia)

(...) minha neta conversou comigo, ela mexe com isso tudo na internet e ela pesquisou o que significava isso, ela é mais sábia que eu nessa coisa de pesquisar na internet e mexer tudo. Ela pesquisou e falou vó esse sintoma que a senhora está sentindo pode ser reumatismo (...). Minha família é bem unida e todos se preocupam, no caso da artrite reumatóide foi minha irmã que me indicou o caminho até o reumatologista (...). (Dona Córdia)

(...) eu e meu esposo não sabíamos que não podia, mas, ele atravessava a fronteira para procurar aquele medicamento, era tomar aquele medicamento que parecia arrancar as dores com as mãos, todas as dores do corpo sumiam (...) cheguei a comprar um monte de caixas (...). (Sra. Suku)

Tenho quatro filhos, dois dos meus filhos moram fora, só uma filha e um filho que moram aqui (um dos meus filhos é alcoólatra), mas, eu moro apenas com minha filha, sempre essa minha filha que me ajudou, ela que ficou para morar comigo e até hoje não saiu fora. É difícil para ela sozinha dar conta das coisas e cuidar de mim, ela trabalha, me ajuda como pode. (Dona Balê)

Uma cunhada minha que me indicou o uso da semente de sucupira, ela também tem artrite reumatóide e mora no sítio também, ela que me indicou, ela também faz tratamento com o reumatologista que me acompanha. Minha cunhada também começou com a mesma reumatologista que me acompanhava no início e ela também não gostou dela, foi então que descobrimos o médico que nos acompanha hoje. (Dona Bidens)

Minha mãe e meu pai moram em outra cidade e eu deixei eles quase doidos, eu estava vindo do Rio Grande do Sul, de uma viagem, de carro, travada e vindo com muita dor, fui para cidade dos meus pais que é perto daqui, quando eu cheguei eu não consegui sair do carro (...) meu pai disse (_ vou buscar o farmacêutico para avaliar você, ele era o farmacêutico que atendia minha família). (Glycine)

Na dimensão profissional, médicos foram mais acessados em relação aos demais profissionais da equipe de saúde, e esse encontro assume duas vertentes distintas: investigação diagnóstica com histórico, exame físico, exames laboratoriais e de imagem; obtenção do medicamento que precisa para manter o controle da dor, obtenção da receita, laudo, pedido de exame e os encaminhamentos.

(...) você quer consulta com especialista, você tem que ir sempre na unidade de saúde do seu bairro para você deixar lá o encaminhamento ou agendar o retorno. Agora tem o dia da marcação. Só que antes desse dia da marcação a gente fazia os exames contando do período que tinha que retornar ao médico, a gente fazia os exames e já vinha aqui informar que os exames estavam prontos, geralmente eu já marcava, aqui mesmo, independente do dia. (Vernônia)

Eu ando com a receita, os que o reumatologista passou e os que o cardiologista passou também, a receita que eu tenho aqui por exemplo foi o reumatologista que passou os medicamentos do reumatismo e do coração, a receita só vale três meses para pegar na farmácia da policlínica, como eu fui lá consultar eu já aproveitei para poder renovar ela (...). (Dona Córdia)

(...) mostrei a receita que o reumatologista tinha me dado e foi quando ele passou outro medicamento para eu tomar. O medicamento que o médico

receitou para eu tomar, um branquinho bem pequeno, mas o médico não era reumatologista, esse que passou esse, mas ele pediu para eu tomar o medicamento porque eu estava com a receita antiga, me orientou e eu comprei. (Sra. Suku)

No posto, para você conseguir encaminhamento para o especialista para vir até aqui no CEADAS, você tem que ir várias vezes, entendeu? Não é só uma ou duas vezes, você tem que ir umas quatro a cinco vezes para conversar com o médico e aí que ele vai encaminhar para cá, não é fácil pegar o encaminhamento. (Dona Balê)

Peguei aqui a receita, quando vou lá buscar o remédio do mês, todo dia trinta eu pego uma caixinha, daí eu passo para as meninas o pedido de todos os exames que eu tenho que fazer, elas mesmas marcam e falam o que eu preciso levar para elas, levo todas as xérox dos resultados, os documentos meus e os pedidos dos medicamentos, depois elas encaminham o processo. (Dona Bidens)

Enfim, fiz muitos exames e o médico, que me acompanha até hoje, falou que o meu diagnóstico era de artrite e que eu estava apresentando um quadro de artrite, foi quando ele começou com as medicações (...) eu comecei o tratamento certo com esse reumatologista. Depois disso, eu queria passar com todos os reumatologistas para ver se de fato eu estava com problema reumatológico (...). (Glycine)

No contexto das pessoas com AR, o médico especialista ganha centralidade em relação aos demais profissionais. Depois de diferentes tentativas terapêuticas, o medicamento correto vincula a pessoa à terapêutica medicamentosa, visto que promove o alívio da dor, situação almejada, da qual decorreu toda peregrinação.

Nesse prisma, as necessidades de saúde são atendidas, mesmo que de forma temporária e parcial, visto que conseguem manter a regularidade do atendimento, ação que permite: melhores condições de vida; garantia do acesso ao ambulatório, especialista e medicamento considerado de alto custo; maiores possibilidades de vínculo com o especialista, consultas demoradas, investigativas, desveladoras de diagnósticos e que preveem acompanhamento; promoção de autonomia e possibilidade de autocuidado pelo alívio das dores.

Essa ação do médico especialista incide sobre um trabalho anterior, pelos itinerários é possível perceber que o acesso progressivo é realizado com médico generalista em consultórios (privados ou vinculados às operadoras de planos de saúde), ou por médico de família, no SUS. Vislumbra-se com o primeiro acesso o controle da dor, processo inflamatório, controle de nódulos ou desaceleração de deformidade, no entanto, ocorre um baixo investimento diagnóstico e terapêutico por parte desses profissionais em decorrência da centralidade na queixa-conduta.

O itinerário terapêutico indica a necessidade de acompanhamento e suscita questionamentos sobre o processo de trabalho para subsidiar o atendimento de diferentes necessidades de saúde.

7.2 A produção do cuidado no âmbito da APS

7.2.1 Dados produzidos com as equipes da APS disparados por um dos itinerários terapêuticos

O primeiro momento com cada grupo da APS, foi um potente espaço de reflexão em que puderam dialogar sobre o trabalho que desenvolvem no cotidiano. Como situação disparadora do processo reflexivo, o itinerário terapêutico da participante Vernônia. Por mais que o foco principal fosse a produção do cuidado no contexto das pessoas com AR, os profissionais colocavam em discussão questões do dia-a-dia de trabalho, não diretamente relacionadas ao campo da reumatologia, mas, que influenciavam na gestão do processo de trabalho e dinâmica de funcionamento das diferentes equipes.

No G1, predominou temas relacionados ao acesso e ao afunilamento causado pela perda da autonomia dos profissionais em decorrência da impossibilidade de investir de forma adequada e pretendida em processos de investigação diagnóstica – para contenção de gastos, apenas ao especialista é permitido requisições de diferentes exames. Na perspectiva do grupo, uma iniciativa que minimizou o problema foi a adoção, mesmo que por tempo limitado, de estratégias de matriciamento, da atenção especializada para APS.

O debate do G2 foi demarcado por três linhas: responsabilização e acompanhamento; acesso aos diferentes serviços; gestão e comunicação. Na medida em que o diálogo se estabelecia compartilhavam experiências exitosas como pistas para novos investimentos, como por exemplo, discussão de casos e formulação de projetos terapêuticos. Necessidade de novas possibilidades de investigação na APS também foi destacado como algo imprescindível para gerar autonomia profissional e melhorar os processos de diagnóstico.

Destoando dos demais grupos, no G3 imperou o medo como produto da relação entre “profissionais sobrecarregados” e “população intolerante”, situação que tem afastado os profissionais da comunidade e impedido a construção de vínculos. Permeia a ideia de transferência de responsabilidade.

Por sua vez o G4, testa alternativas de melhor atender a demanda e tem investido em estratégias de acesso que tragam mais conforto à comunidade, como remodelação do agendamento para evitar filas e atendimento por ordem de chegada. Estão investindo em processos de educação permanente, abordando com a equipe novas ferramentas de planejamento, gestão do território, gestão do acesso e acompanhamento.

Para destacar os pontos de reflexão, após discussão, uma síntese foi apresentada para contribuição de cada grupo (Quadro 2):

Quadro 2 – Síntese dos processos reflexivos dos grupos/subgrupos da Atenção Primária a Saúde diante do itinerário terapêutico da pessoa com artrite reumatoide

Grupo	Subgrupos	Síntese
G1	G1A1 G1A2 G1A3	Ausência de mecanismos formais de comunicação entre os serviços, incluindo compartilhamento eletrônico do prontuário entre as unidades de saúde; descontinuidade de ações de matriciamento para potencializar as intervenções e gerenciar fila de espera para o especialista; ausência de ações que visam continuidade na investigação diagnóstica devido às restrições que impedem o pedido de alguns exames; não conseguem agendar consulta com especialista devido à escassez de vagas.
G2	G2B1 G2B2	É necessário olhar para o próprio território e para além das situações de saúde que estão estabelecidas; dialogar com serviço especializado melhorando a comunicação; fomentar espaços para diálogo e discussão de casos com formulação de projetos terapêuticos. Investigar ao máximo os problemas das pessoas que procuram atendimento; cuidar para que os pedidos frequentes de encaminhamento e renovação de receita não diminua a capacidade de construção de novos vínculos e intervenções; observar as vias não formais de acesso; investir em autonomia para investigação diagnóstica; observar nas metas as informações qualitativas para melhoria dos serviços; avaliar o teor das cobranças para não desmotivar.
G3	G3C1 G3C2 G3C3	População intolerante; sobrecarga de trabalho; atendimento além da capacidade instalada; mecanização das prescrições e encaminhamentos; vínculo perde espaço para o medo; trabalhadores agredidos verbal e fisicamente, sofrendo ameaças; sentimento de alívio quando o atendimento é compartilhado e quando a pessoa se vincula a outro serviço inclusive à atenção especializada.
G4	G4D1 G4D2	O acesso é dificultado devido a fila de espera para agendamento com especialista; as unidades procuram desmotivar atendimento por ordem de chegada em que a pessoa necessita chegar muito cedo na unidade para conseguir a vaga que precisa. O agendamento é incentivado em algumas unidades, que agora enfrentam um grande problema - lidar com grande número de faltosos. O acompanhamento está melhor devido às ações do PlanificaSUS e o ciclo de capacitações desse projeto. Planejam visitas para casos mais complexos; realizam estratificação de risco das famílias em conjunto com as ACS; análise crítica do acompanhamento com especialista, para tentar garantir a continuidade do cuidado e tratamento medicamentoso; incentivo à busca de outros profissionais além do médico: consulta de enfermagem, psicologia, fisioterapia, serviço social; critérios para encaminhamento; consulta conjunta, atendimento compartilhado e visita conjunta.

Fonte: Dados da Pesquisa (2023).

Ações que partiram do PlanificaSUS foram citadas pelo G4 e ações de matriciamento pelo G1, G2 e G4. É unânime a necessidade de acompanhamento das unidades pela equipe de gestão de forma participativa e no território. Pela diminuição do número de gestores e consequente esvaziamento do Departamento de Atenção à Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, aumentam os espaços entre os problemas e a resolução, com isso as equipes sentem-se esquecidas em relação à gestão.

Além de lidarem com as dificuldades do dia-a-dia em relação às demandas de gestão que são rotineiras em uma unidade de saúde, não conseguem o respaldo que gostariam na construção de estratégias de solução e intervenção mais efetivas.

7.2.2 Construção de fluxogramas analisadores da APS

No segundo momento do encontro cada grupo foi subdividido para fomentar a discussão sobre o processo de trabalho e para que os participantes pudessem aprofundar as reflexões produzidas no primeiro momento, repensar o fluxo estabelecido pela unidade – sistematicamente seguido pela pessoa com sintomas sugestivos de AR, desde o momento de sua entrada, até o momento de sua saída – fluxograma analisador.

Ao final construíram e debateram sobre a representação gráfica desses fluxogramas, as produções foram diversificadas. De maneira geral, demonstram um sistema de saúde com centralidade do atendimento na figura do médico, nos pedidos de exames e nas prescrições de medicamentos; baixa capacidade em atender às demandas individuais e da comunidade; abordagem terapêutica pouco diversificada; saídas que geram a superutilização de outros serviços do sistema municipal de saúde – transferência de responsabilidade.

Na entrada, a prática da triagem como forma de regular o acesso, em algumas situações citam o acolhimento como estratégia. Na triagem ocorre a anotação da queixa principal, antropometria e verificação dos sinais vitais, geralmente realizada pela técnica de enfermagem.

Existe uma relação de dependência do médico no trabalho dos demais profissionais da equipe e o acolhimento pouco explora a função de escuta. Reféns dessa centralidade, o enfermeiro direciona seu trabalho para gestão de agendas, relatórios e processos, com isso, diminui sua capacidade interventiva no contexto do cuidado em saúde.

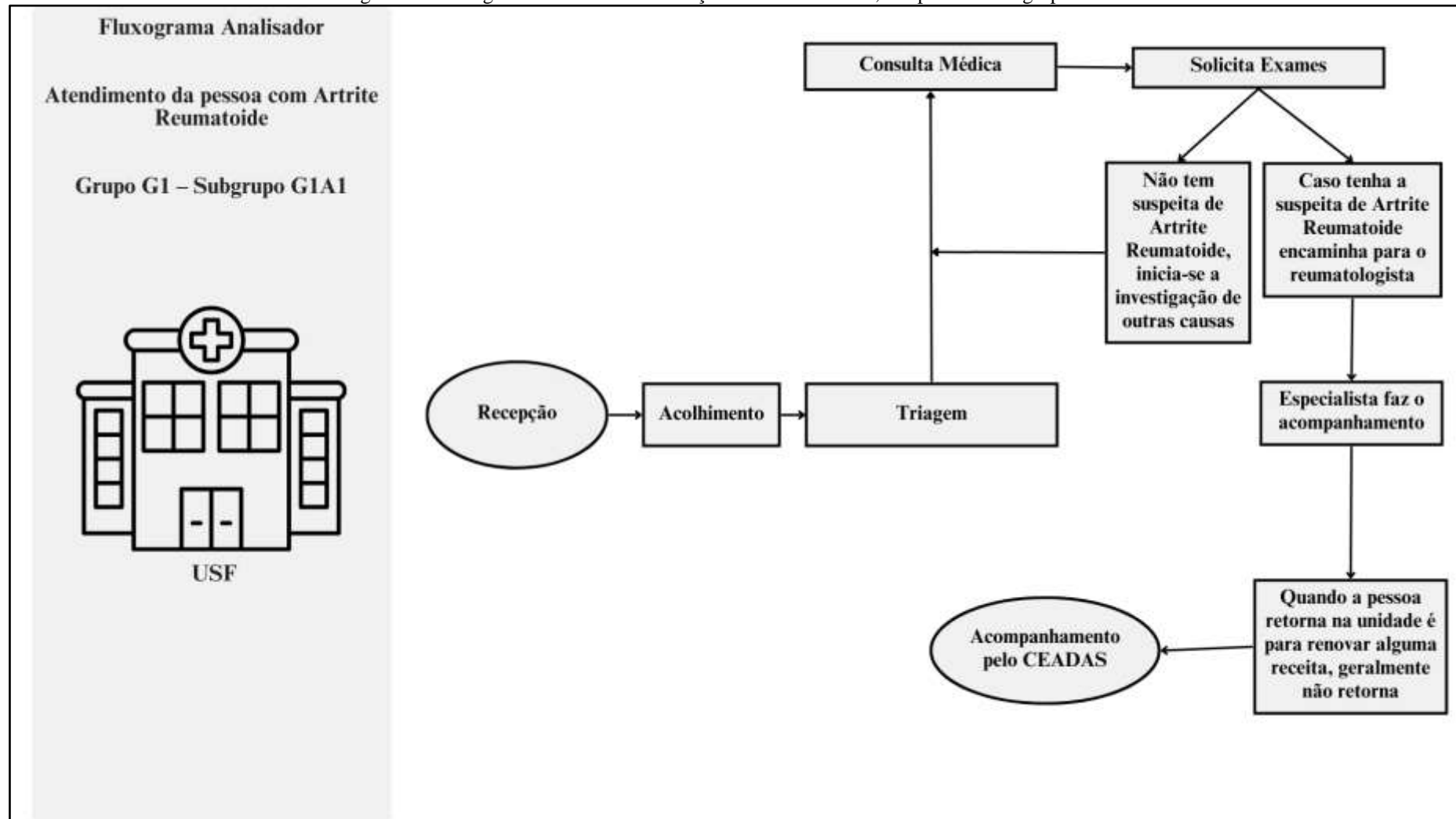
Dessa forma, explora pouco situações que viabilizam a prática e gestão do cuidado em saúde de forma compartilhada. A produção do cuidado assume o enfoque biologicista, procedimental e medicalizante. Após a entrada não surgem muitos questionamentos com possibilidades de escolhas e redirecionamentos, as pessoas são submetidas ao mesmo fluxo para diferentes situações.

No cardápio ofertado consolida uma agenda com foco na ginecologia e obstetrícia, hipertensão e diabetes, crianças e idosos, restringindo o olhar para outras condições de saúde, como as doenças reumatológicas e uma gama enorme de outras condições crônicas.

Na saída, algumas equipes demonstraram baixa capacidade de responsabilização, algumas trabalham inclusive com a perspectiva da alta, mesmo em se tratando de doença de longa duração que prevê acompanhamento.

A seguir serão apresentados os fluxogramas elaborados pelos grupos de trabalhadores da APS (Figura 8 até Figura 17).

Figura 8 – Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G1 – Subgrupo G1A1



Fonte: Elaborada pelo grupo de trabalhadores da APS e pelo autor, dados da pesquisa (2023).

Quando a pessoa chega na unidade ela é acolhida e logo apresenta sua queixa, ela passa pela triagem, agenda a consulta médica ou realiza a consulta médica por encaixe. A médica solicita exames, se não tem a suspeita de AR vai investigar outras causas; quando tem suspeita de AR faz o encaminhamento para o especialista, o especialista faz o acompanhamento e a pessoa só volta para a unidade para renovação de algumas receitas que são possíveis renovar conosco, quando ela volta (Relator G1A1)

Os profissionais demonstraram desconforto com essa situação em que o acompanhamento é realizado pelo CEADAS, atribuem ao fato de não poderem requisitar alguns exames de investigação diagnóstica.

A pessoa não consegue ver a unidade como uma unidade de referência (...) o clínico da USF que está pedindo não consegue pedir o exame porque não é autorizado pela central de regulação (...). Com isso, afasta a pessoa da USF e aproxima ela da especialidade. (Participante G1)

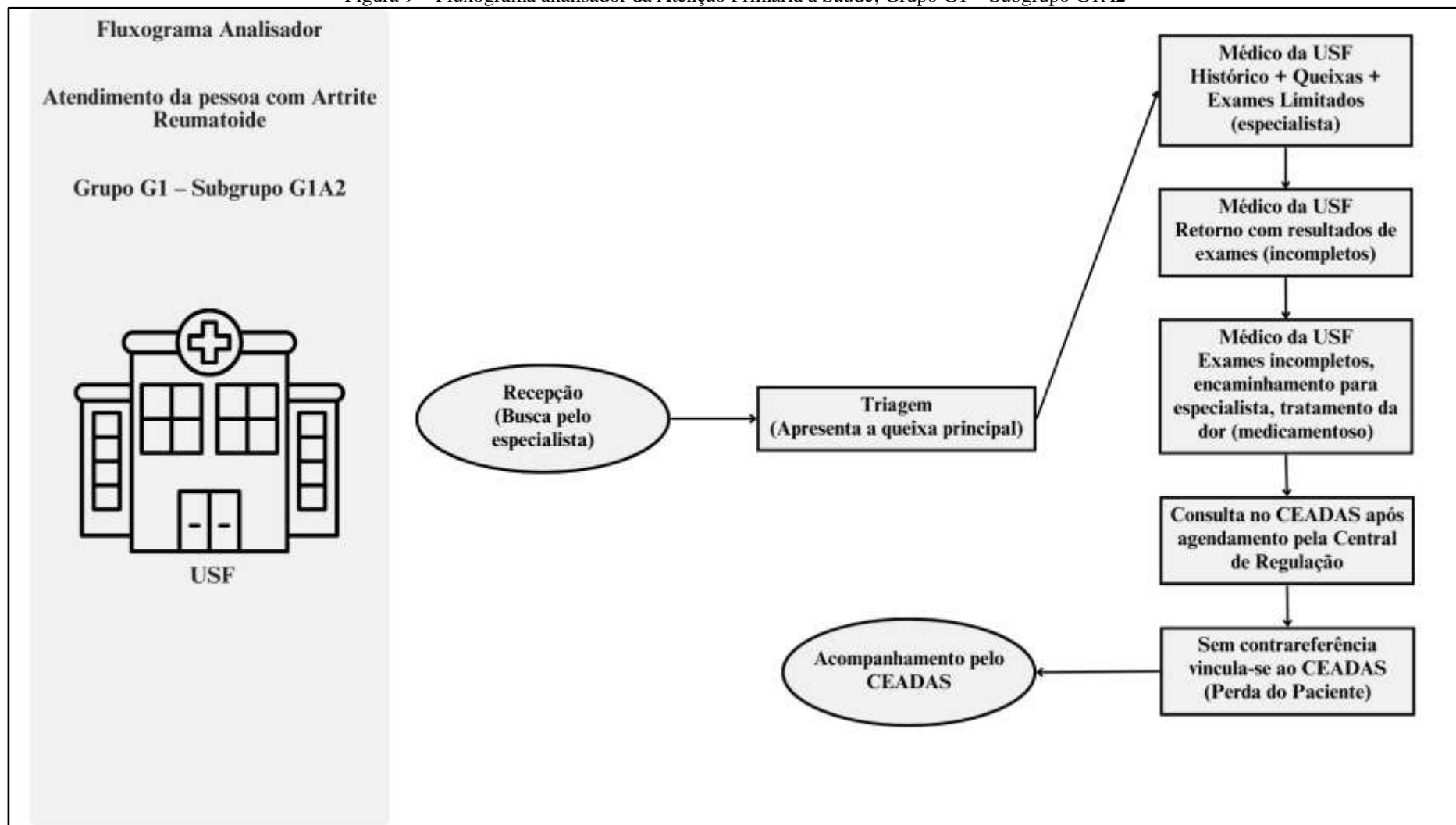
O acolhimento configura-se, para esse grupo, como um espaço de apresentação da queixa, com pouca perspectiva de criação de vínculo e que precede a decisão de agendamento ou atendimento médico para as vagas reservadas para demanda espontânea.

Quando encaminhada e após a avaliação do especialista não existe uma articulação entre os serviços, as pessoas tornam-se responsáveis pela própria articulação terapêutica. Após terem o diagnóstico e prescrição do especialista as pessoas com AR passam a investir esforços para renovar suas receitas, visando continuidade do tratamento medicamentos.

(...) as pessoas vêm para a APS (...) quando a equipe consegue sanar a demanda que elas apresentam, passam a confiar, caso contrário, quando não atende as expectativas, a APS só serve para encaminhar ao especialista. Não tem outra forma para conseguir acesso, porque se tivessem outra forma de acesso, elas iriam diretamente ao especialista (...). (Participante G1)

O grupo deixa transparecer a insatisfação diante da realidade, não conseguem fazer o mínimo esperado em relação àquele cardápio instituído, qualquer situação que se afaste da rotina, necessita de encaminhamento devido à falta de investimentos na APS.

Figura 9 – Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G1 – Subgrupo G1A2



Fonte: Elaborada pelo grupo de trabalhadores da APS e pelo autor, dados da pesquisa (2023).

No nosso caso o paciente chega na recepção e logo de cara ele já pede um encaminhamento (...). Ele passa pela triagem, na triagem mesmo ele já fala sobre as queixas, com isso ele vai para o clínico, escutamos o histórico dele, as queixas e fazemos os exames clínicos e os exames complementares que são limitados, a gente não consegue pedir tudo que precisa. (Relator G1A2)

A discussão do grupo perpassa pela falta de confiança que os usuários do SUS depositam na APS e predileção ao serviço especializado. Referem que isso ocorre devido à falta de autonomia para investigação diagnóstica pelos profissionais da APS, situação limitante de diagnósticos e intervenções.

A pessoa então retorna com os exames incompletos, isso porque tem exames de imagem e já sabemos que não conseguirão fazer (...). Nesse momento encaminhamos ao especialista, com nossa hipótese diagnóstica. Se precisar entrar com medicamentos para aliviar a dor a gente entra com analgésicos e orientamos em relação aos exames (...) mesmo com exames incompletos a gente encaminha. (Relator G1A2)

Os profissionais solicitam os exames, sabem que o sistema não responderá a sua solicitação e que as pessoas voltarão com exames incompletos, a peregrinação é ampliada porque não existe uma saída viável para atender toda demanda gerada na consulta.

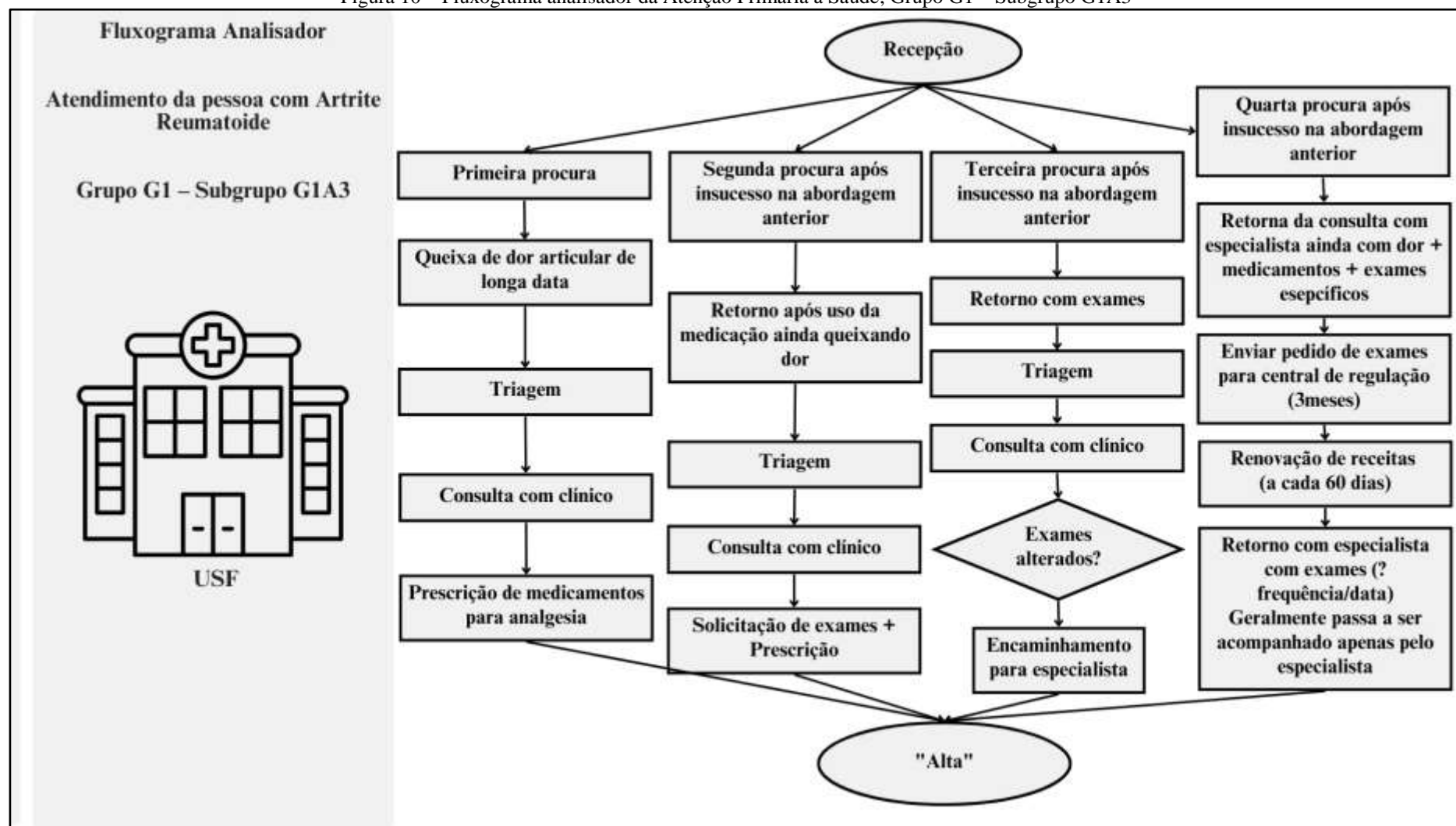
Esse paciente chega até o CEADAS quando consegue chegar e no tempo que consegue (...) não volta com uma contra-referência (...) quando volta, vem falando que já está tomando determinado medicamento e que já faz acompanhamento para alívio da dor. (Relator G1A2)

Depositam também nas pessoas acometidas pelos sintomas a responsabilidade da busca pelo acesso ao especialista, às vezes não conseguem superar a fila da regulação para serem agendadas. Àquelas que conseguem acessar, passam a ser acompanhadas pelos especialistas, não retornam à unidade por acreditarem que na APS não terão o atendimento que precisam.

Eu batia o pé e falava para o paciente, você não tem necessidade de ser encaminhado agora, vamos investigar aqui o que você tem. Vamos tentar chegar em um diagnóstico, vou te examinar e investigar o que você tem (...), não queriam. Com isso eu recebi denúncia, recebia ameaças (...), se fosse preciso eu congestionar o sistema para me manter bem, eu iria fazer. (Participante G1)

A falta de confiança que é depositada na equipe causa um congestionamento na fila dos demais serviços, situação que também causa descontentamento por parte das equipes de saúde da família.

Figura 10 – Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G1 – Subgrupo G1A3



Fonte: Elaborada pelo grupo de trabalhadores da APS e pelo autor, dados da pesquisa (2023).

A pessoa queixa-se de dor articular de longa data, depois da recepção ele passa pela triagem, passa por consulta clínica com o médico que prescreve medicamentos para analgesia, paciente recebe alta e retorna depois de alguns dias e retorna com dores, mesmo depois daqueles medicamentos prescritos para analgesia, novamente ele passa pela triagem e depois pelo clínico que faz solicitação de exames e prescreve outros medicamentos. (Relator G1A3)

As dores articulares de longa data não são suficientes para disparar processos investigativo com exames clínicos direcionados, tanto na primeira abordagem quanto na segunda. Os exames laboratoriais e de imagem são alvos do segundo atendimento.

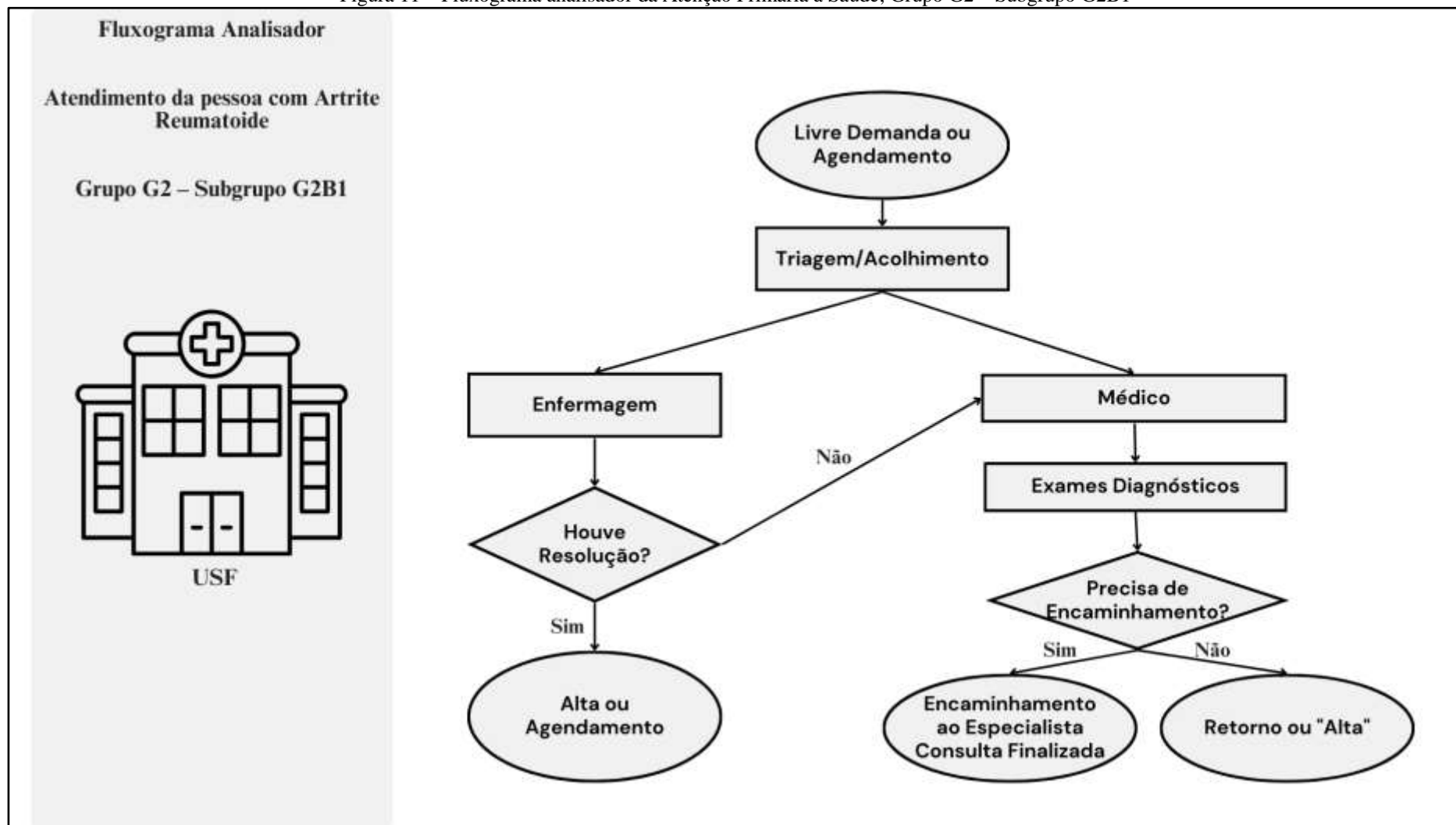
Paciente retorna novamente com resultado dos exames nas mãos e passa pela triagem e depois por consulta médica, com o resultado identifica-se que os exames estão alterados, dessa etapa que ele realiza o encaminhamento para o especialista. Após o especialista o paciente cai em uma lista de espera até os resultados do especialista ficarem prontos para que haja uma intervenção, ele retorna na unidade de saúde ainda com dores, com os medicamentos que estavam prescritos e com os pedidos que o especialista realizou que precisam ser agendados, a equipe pega todos aqueles pedidos e envia para central de regulação para que ele ainda possa fazer os exames. (Relator G1A3)

Após encaminhamento ao especialista, a abordagem inicial desse profissional não garante interrupção das dores, sinais de inflamação e avanço da doença. Há uma fila de espera para realização dos exames que interfere negativamente na abordagem terapêutica. Enquanto aguardam os exames e o tratamento específico, cabe à equipe da APS a preocupação com posteriores agendamentos e novas prescrições medicamentosas para minimizarem as dores. A palavra alta aparece como saída para todas as entradas, mesmo em se tratando de uma condição crônica.

Enquanto os exames não são liberados ele precisa renovar frequentemente aquelas receitas para controle da dor a cada 60 dias na unidade, ele tem que agendar retorno na data correta para o especialista e fica esse tempo aguardando os agendamentos e muitas vezes, nada de resolver (...) geralmente o paciente fica aguardando pelo menos uns três meses para resolver essa primeira abordagem com o especialista. Mas, até chegar ao diagnóstico às vezes chega a um ano. (Relator G1A3)

O acesso ao especialista quando deixa de ser um problema, disparam outros, relacionados ao acesso a exames e agendamento do retorno. A falta de um fluxo adequado aumenta a peregrinação da pessoa e por consequência sua insatisfação. Àquelas que conseguem, ultrapassam essas barreiras com acesso pelo plano de saúde ou de forma privada.

Figura 11 – Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G2 – Subgrupo G2B1



Fonte: Elaborada pelo grupo de trabalhadores da APS e pelo autor, dados da pesquisa (2023).

A pessoa tem entrada, por livre demanda ou agendamento, passa por triagem que será o acolhimento inicial. Nessa triagem decidem se a pessoa irá passar por consulta de enfermagem ou pelo médico. Na consulta de enfermagem a enfermeira conseguiu resolver? Se sim, alta. Se não, solicitar a assistência do médico. (Relator G2B1)

As palavras triagem e acolhimento se misturam e vão repetindo grupo após grupo. A prática de anotar a queixa principal no prontuário, os sinais vitais e as medidas antropométricas são utilizadas para selecionarem aqueles que mais precisam de atendimento médico ou de enfermagem. Essa prática é entendida como acolhimento por diferentes equipes, algo técnico e procedimental, não de atenção e escuta atenta.

Vindo pela enfermeira ou pela triagem quando chega no médico esse paciente irá passar por exames para avaliação diagnóstica e depois disso decidir se precisará de um encaminhamento. Precisar de encaminhamento? Se não, receberá alta. Se sim, será encaminhado para realização de consulta especializada e demais exames. Isso é o que acontece hoje. (Relator G2B1)

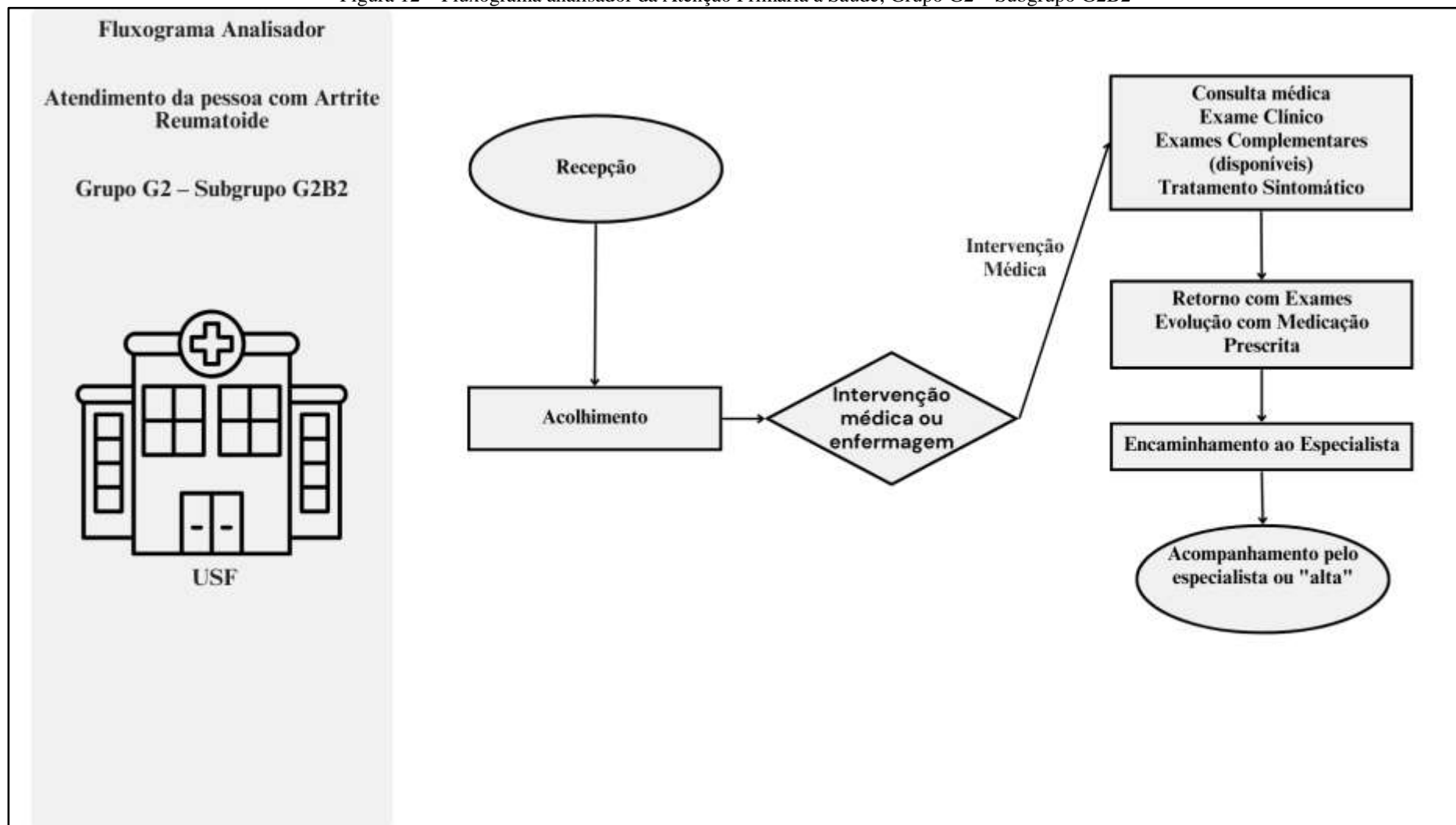
A palavra alta aparece novamente, precedida de uma conduta com foco na queixa principal e na reatividade do profissional com exames e medicamentos. A prática do encaminhamento é extensiva, esperada pela pessoa que procura o serviço e sempre utilizada como recurso pelo profissional da saúde, evidência da ação protocolar da APS esvaecida pela falta de investimentos – impotente nas ações de diagnóstico e acompanhamento.

Acredito que para reumatologia e de maneira mais específica no caso de pessoas com AR, é mais difícil porque geralmente é um paciente poliqueixoso ou polidemandante. Então a pessoa que está atendendo já pensa, vou encaminhar e não vou querer lidar com essa pessoa aqui que queixa de tudo porque nada está bom e nada resolve, sente dor em tudo e nada resolve. (Participante G2)

Ao procurar a unidade diversas vezes com a mesma queixa e não conseguirem ter suas necessidades de saúde observadas, as pessoas precisam de novos movimentos investigativos, por esse motivo recebem o rótulo de poliqueixosos e polidemandantes. Como se a dor fosse uma escolha para utilizar o serviço, recebem como troca a transferência da responsabilidade, visto que poliqueixosos e polidemandantes são enviados para superlotarem outras vilas, na atenção especializada.

Uma atenção primária reativa e episódica, guiada por profissionais reféns da má organização e funcionamento dos serviços de saúde, com vínculos precários e com poucos investimentos em estratégias de educação permanente e de reflexão da prática.

Figura 12 – Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G2 – Subgrupo G2B2



Fonte: Elaborada pelo grupo de trabalhadores da APS e pelo autor, dados da pesquisa (2023).

Pela análise do nosso grupo a pessoa chega na recepção e tem o acolhimento, decidem se receberá intervenção da enfermagem ou do médico. Enfim, chegou no médico, na avaliação ele fará o exame clínico, propedêutica, avaliar possíveis exames, solicita exames de imagem ou laboratório quando necessário e retorna com consulta agendada para avaliação da conduta clínica inicial e avaliação dos exames. (Relator G2B2)

No contexto investigado, tudo gira em torno da conduta do médico, naquilo que ele pode ofertar em relação ao especialista – o encaminhamento. Com esse movimento é possível perceber que os medicamentos e exames da APS não bastam para aqueles que procuram, precisam de mais, o elemento motivador do encontro ganhou a prática de encaminhamento como recurso único, aumentando o percurso assistencial.

Se é possível levantar hipóteses diagnósticas encaminhamos ao especialista. Na prática encaminhamos com esperança de avaliarem e fazerem a contra-referência, mas, não é isso que ocorre. Quando a pessoa consegue chegar ao especialista, não volta para fazermos a gestão do cuidado, volta apenas para renovarmos alguma medicação. Quando não tem suspeita pelos exames da queixa inicial e a primeira intervenção resolveu ele tá de alta. Essa é a nossa visão, não sabemos qual é a visão do usuário. (Relator G2B2)

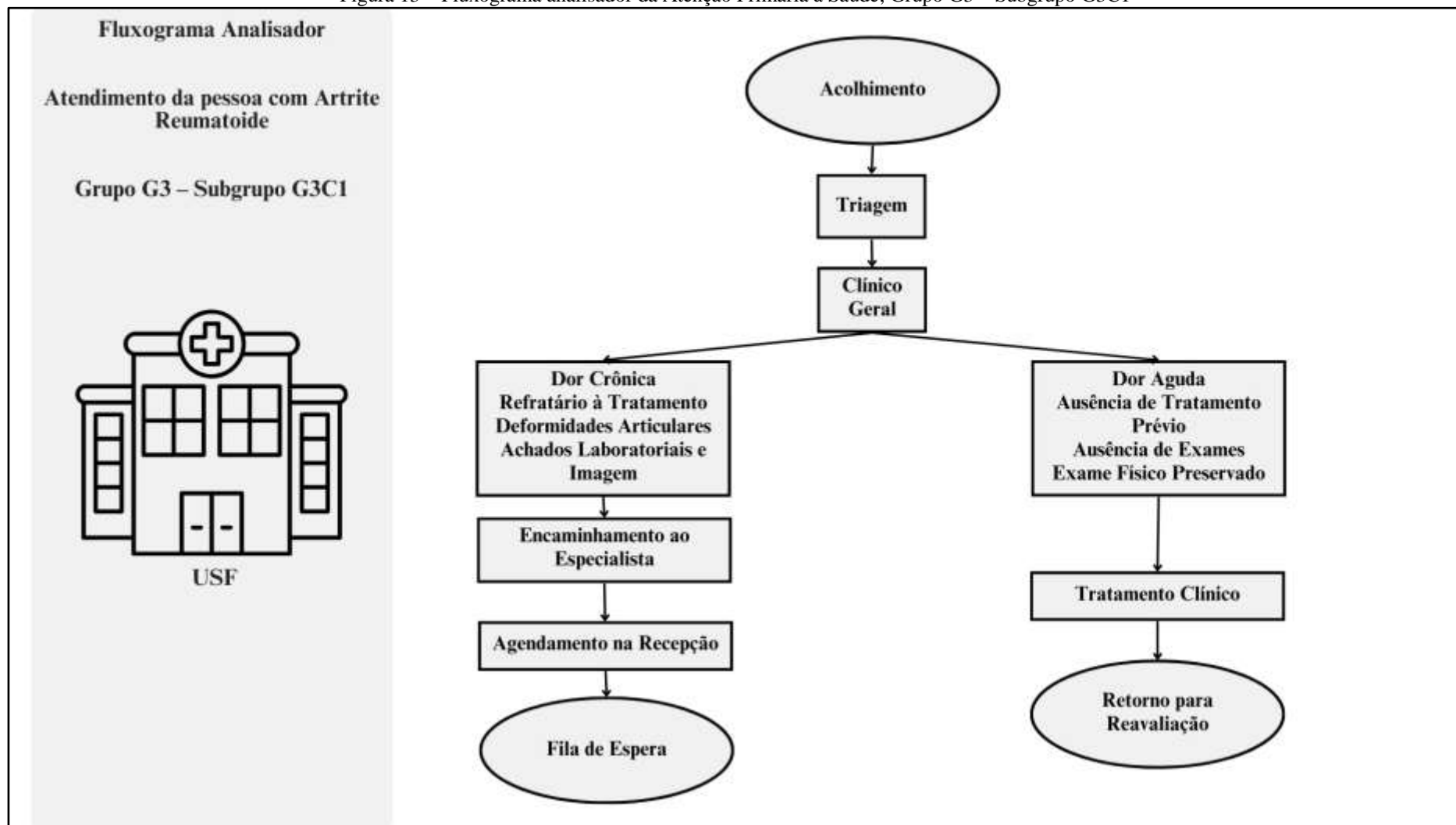
Nesse grupo os profissionais referem ter esperança de ver um SUS funcionando e acena ao especialista como alguém que está ali para auxiliar no acompanhamento e para dar continuidade às ações eleitas, mas, não é isso que acontece, situação que gera insatisfação profissional – o especialista não acena de volta, não trabalha com mecanismos formais de contra-referência.

A perspectiva da alta, mesmo no contexto de uma condição de longa duração também se apresenta, como produto da falta de ações de acompanhamento e responsabilização.

Será que só não está sendo observado um único caminho. Poderíamos investigar mais, e pedir outros exames para investigar? Porque não fazemos isso? Não temos um espaço como esse aqui que a gente para e pensa naquilo que estamos fazendo, na nossa abordagem. É tão mecânico que é automático, oferecemos as mesmas coisas todos os dias e sempre foi assim, já está no modo automático (...). Todos nós deveríamos privilegiar isso, ter aquele tempo com a pessoa para pensar nela de forma integral. Gostaria de conversar com a supervisora e que ela levasse também outras possibilidades para podermos discutir e refletir sobre aquilo que estamos fazendo, dava para encaixar. (Participante G2)

As ações de acompanhamento existem, mas, em função das condições mais prevalentes ou que historicamente foram privilegiadas na APS.

Figura 13 – Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G3 – Subgrupo G3C1



Fonte: Elaborada pelo grupo de trabalhadores da APS e pelo autor, dados da pesquisa (2023).

A pessoa chega na recepção, é encaminhada para triagem, na triagem verifica-se os sinais vitais e relato das queixas. Durante o atendimento individual verifica-se o quadro da pessoa, se está com dores, se essa dor é crônica ou aguda, se tem exames recentes, laboratoriais ou de imagem, se é possível resolver o problema que foi apresentado ali mesmo ou se necessita de encaminhamento, ou para o médico especialista ou para o psicólogo, verifica-se a necessidade de exames complementares e direciona a pessoa novamente para recepção para realização do agendamento. Se for alguma dor aguda que precisar de um tratamento específico, às vezes solicita-se alguns exames e realiza-se um tratamento específico, retorna para reavaliação. (Relator G3C1)

A abordagem permanece com foco na doença, mas, pela primeira vez citam outra profissão como pertencente às possibilidades de encaminhamento, psicologia.

É muito ruim você precisar de um exame específico e saber avaliar aquilo e não poder solicitar, ter que encaminhar. Isso para mim é uma detenção. (...) eu preciso de mais autonomia, o número de encaminhamentos reflete essa não possibilidade (...). (Participante G3)

Devido às barreiras que são impostas, as pessoas vão construindo novas linhas para acessarem aquilo que identificam como fundamental para manejo de suas necessidades.

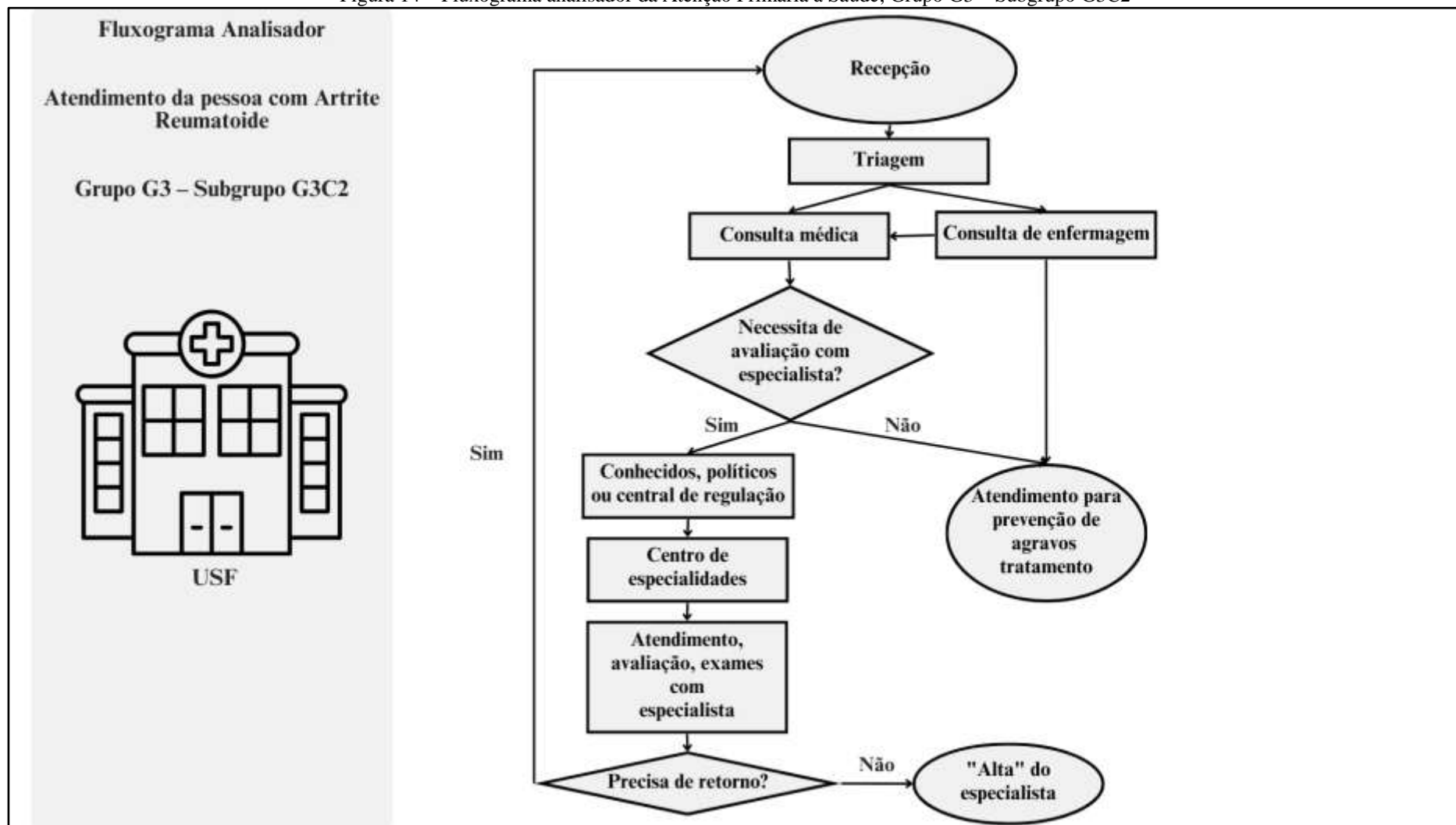
No SUS foi estabelecido que a pessoa não consegue chegar no especialista direto, ela tem que passar por um clínico geral ou médico de família antes (...) vejo que a todo momento tentam quebrar essa regra (...). Não adianta você lutar contra isso, é muito desgastante (...), isso sempre vai ter. (Participante G3)

A rigidez com que a equipe opera o cotidiano de trabalho, o afastamento que mantém com a comunidade, a presença do medo nas relações de cuidado, afetam a organização do acesso, com isso, estratégias inventivas surgem para manejo das situações do cotidiano.

Tudo bem que eles não podem chegar na atenção especializada sem passar pela USF, mas se fossem direto não sobrecarregariam tanto nossa unidade (...) não acho justo uma única pessoa conseguir o especialista e os outros não (...). (Participante G3)

A atenção especializada é entendida como algo bom a ser conquistado, inclusive o profissional da APS avalia como algo de privilégio de poucos, situação que demonstra a necessidade de repensar a APS, visto que falas como essas diminuem ou enfraquecem sua força de escuta, aproximação, intervenção, responsabilização e acompanhamento.

Figura 14 – Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G3 – Subgrupo G3C2



Fonte: Elaborada pelo grupo de trabalhadores da APS e pelo autor, dados da pesquisa (2023).

Usuário chega na unidade de saúde com queixa de dores crônicas, ele passa pela recepção e pela triagem, depois se decidem por consulta médica ou de enfermagem. Se precisar de avaliação com especialista vai para o CEADAS, se precisar de retorno, retorna com especialista, caso não precise volta para USF. Mas, sempre pula direto para consulta com clínico geral na unidade e durante diversas consultas fica tratando essa queixa de dor - ou já chega no clínico pedindo encaminhamento porque já está com a consulta com especialista agendada e precisa do encaminhamento. (Relator G3C2)

Os profissionais anunciam os atalhos, caminhos formais e não formais que existem e que passam a reconhecer para lidar com o SUS. Como ação paralela, remetem inclusive à classe política que interferem cotidianamente na fila. Anunciam também o acesso ao médico apenas para retirada da “guia de encaminhamento”, quando conseguem agendar as consultas por mecanismos não formais, situação que causa incômodo por parte dos profissionais da APS.

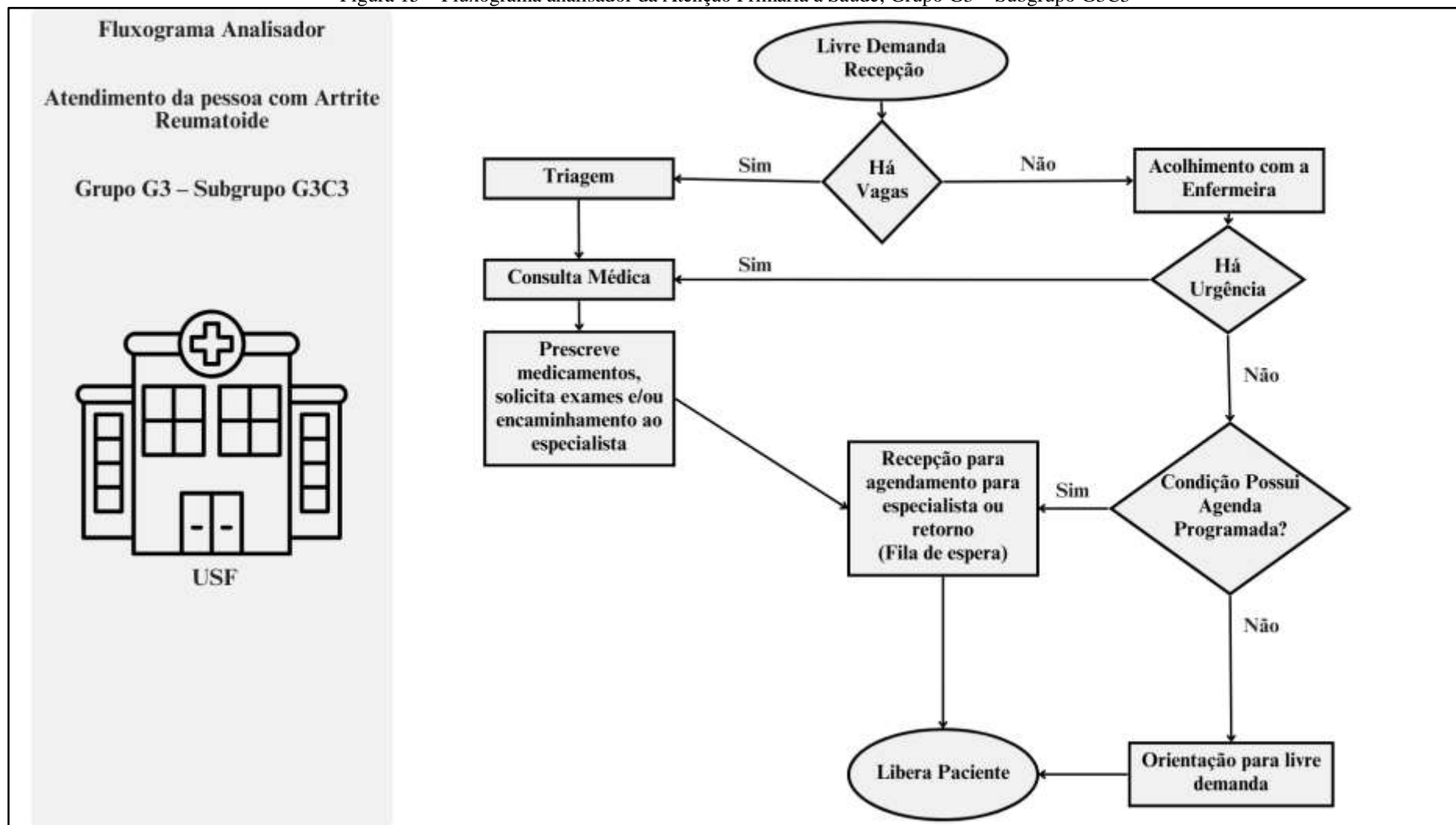
O que mais me incomoda é quando a pessoa chega para mim e diz que já está com consulta marcada para determinada especialidade, mas, precisa do encaminhamento para acessar o serviço. Fico pensando como a pessoa conseguiu marcar consulta. (Participante G3)

Os médicos da USF sentem-se subutilizados e essa situação causa incômodo e descontentamento, no entanto, também são situações que ocorrem como forma de anunciarem as necessidades de saúde e as fragilidades nas estratégias de regulação do acesso.

Sei que existem várias falhas nesse processo, mas o que é bom precisamos dizer, eu digo o que é bom, pelo menos está sendo bom para mim, uma estratégia que tenho conseguido é tirar foto do pedido e mandar a foto solicitando a vaga por e-mail para central de regulação. Com isso eu tenho conseguido a vaga em pouco tempo, quando demoram para responder é um dia, poucas vezes em casos de urgência destacada no pedido, eu não fui atendida. (Participante G3)

Atalhos são estabelecidos pelos próprios profissionais e indicam caminhos do sistema quando um conjunto de fatores favoráveis à mobilização do profissional se juntam em prol do usuário, o encaminhamento enviado por e-mail, demarcado com a palavra urgência e justificado de forma adequada funciona como um documento de respaldo do profissional que enfrenta o sistema de regulação “provando a necessidade de acesso e transferindo a responsabilidade da negativa”. Negar por ferramentas formais (por escrito ou não resposta), coloca quem oferta a negativa em evidência – inúmeros atalhos são utilizados e cotidianamente novas linhas de acesso surgem. Prevenir agravos surgiu como algo que favorece o acompanhamento.

Figura 15 – Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G3 – Subgrupo G3C3



Fonte: Elaborada pelo grupo de trabalhadores da APS e pelo autor, dados da pesquisa (2023).

Paciente chega de livre demanda e é atendido na recepção (...) se tem vaga já vai direto para triagem, se não tem vaga vai para o acolhimento com a enfermeira. São distribuídas treze fichas para consulta médica. Então se o paciente chegou na fila e tem vaga, por exemplo, se ele é o décimo, já vai direto para triagem. A partir do décimo quarto ele vai para enfermeira. (Relator G3C3)

A triagem e o acolhimento destacam-se como estratégias de regulação do acesso para consulta médica, a ordem de chegada para retirada de senha ocupa o lugar de definição de prioridades.

Depois da triagem ele vai para consulta médica. Caso pegar o outro caminho, passa pelo acolhimento com a enfermeira, se a enfermeira não constatou que é urgência ela verifica possibilidade de encaixar para agenda programada e agenda a pessoa para retornar nesse dia. Se for uma urgência ela passa para consulta médica. Na consulta médica pode precisar de analgesia ou medicamentos, pode ser liberado, pode ser reagendada a consulta, ou encaminhado para especialista ou solicitar exames, se for encaminhado ou solicitar exames ele vai para recepção. (Relator G3C3)

O acolhimento realizado pela enfermagem é procedimental, definidor das vagas reservadas para consulta médica ou do agendamento, o trabalho é centrado no médico e a produção de consultas, procedimentos e medicalização é acentuada.

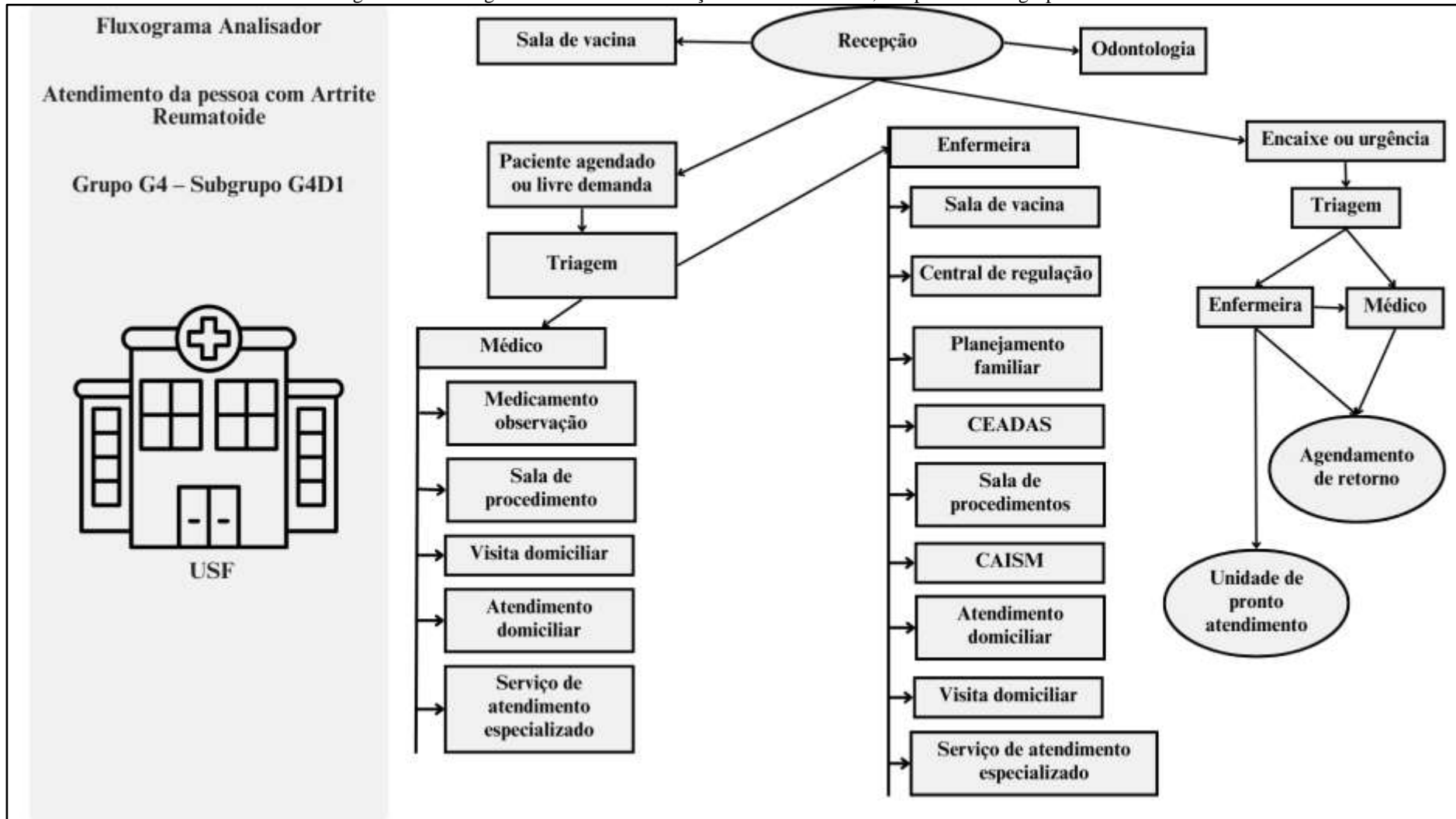
Durante o período de marcação com especialista agenda-se a consulta, e a agente comunitária avisa o dia da consulta com especialista, não é na hora, depois disso entra na fila de espera e seja o que Deus quiser. Na fila de espera quem é urgente fica na frente. (Relator G3C3)

Várias filas são produzidas após a consulta médica, a fila para acessar a recepção e deixar o nome para agendamento com a especialidade pretendida, fila da especialidade e fila para serem noticiados pela ACS do agendamento realizado.

A fila de madrugada ocorre para livre demanda, a fila é menor quando tem agenda programada, maior quando é só livre demanda sem agenda programada. Às vezes não fechamos a unidade para almoço porque já tem pessoas lá dentro esperando essa consulta da tarde. Para pessoas da reumatologia, só na fila para livre demanda. (Relator G3C3)

Tudo que excede o cardápio ofertado (ginecologia/obstetrícia, puericultura, diabetes/hipertensão, idosos e saúde mental), é nomeado de livre demanda. A distribuição de senhas produz iniquidades e mais filas, chegar de madrugada torna-se rotina.

Figura 16 – Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G4 – Subgrupo G4D1



Fonte: Elaborada pelo grupo de trabalhadores da APS e pelo autor, dados da pesquisa (2023).

A pessoa chega na recepção, é questionada se existe consulta agendada com enfermeira ou médico. Se for para o enfermeiro, ele avalia a necessidade de medicamento ou se apresenta alguma urgência, acessa o médico. Se for para o médico ele já avalia, prescreve os medicamentos, solicita os exames (...) e/ou encaminha para o especialista. A pessoa volta para recepção e agendar retorno. Se for pessoa que chegou sem agendamento, o enfermeiro avalia a necessidade e decide se vai para UPA, se será atendido pelo médico da unidade, ou se será agendada consulta (...). (Relator G4D1)

A unidade assume uma forma diferente de acesso e produz mais escuta, por mais que o foco nos procedimentos e programas permaneçam, a escuta é mantida e as ações começam a ganhar outra centralidade, na pessoa e família. O médico é um trabalhador que compartilha outras atribuições, comuns a todos, e participam de forma mais ativa da rotina instituída de melhoria do acesso.

O atendimento pode ser compartilhado entre diferentes profissões situação que privilegia a junção de esforços para ampliar o olhar às necessidades de saúde que são apresentadas.

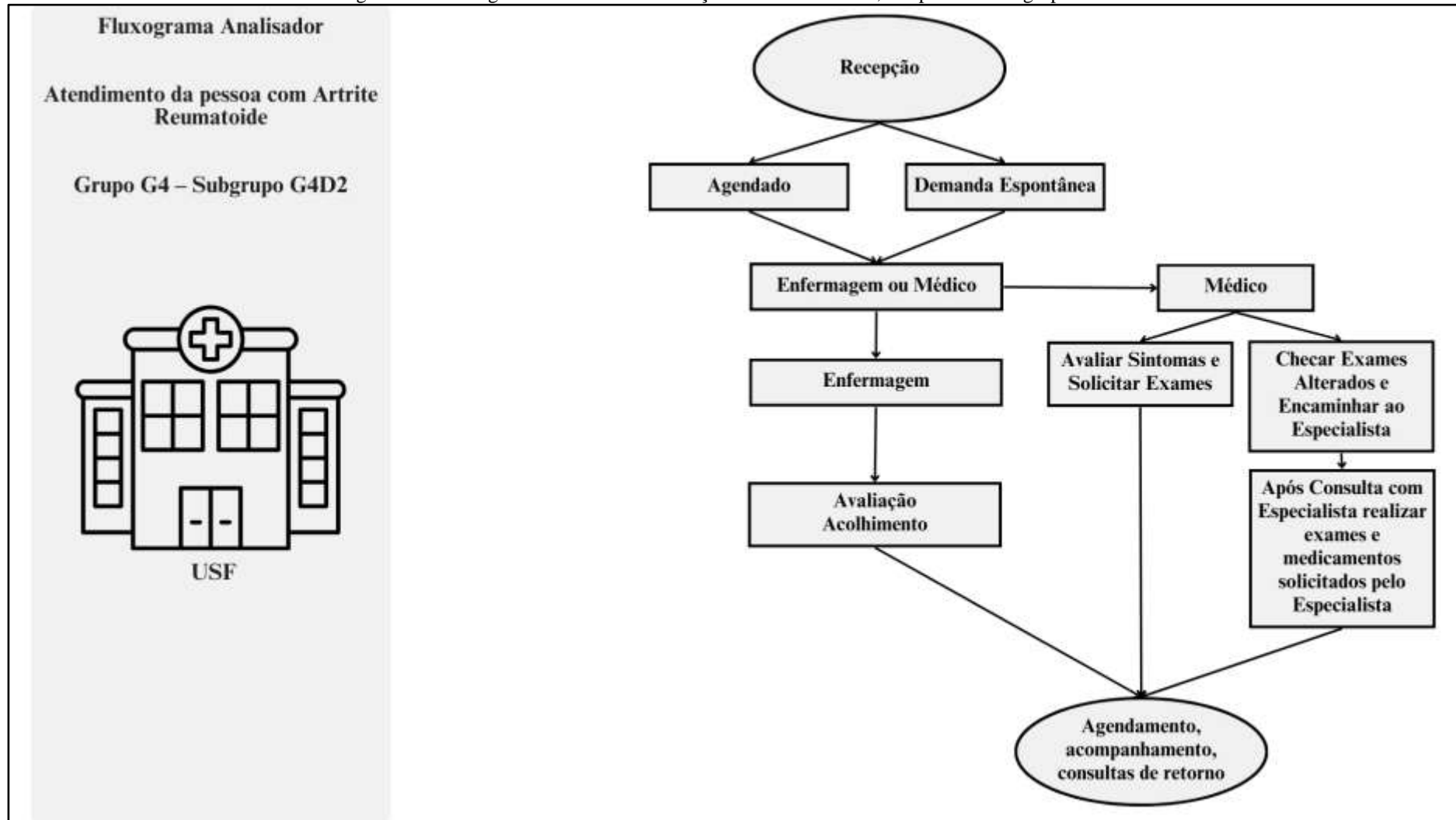
Em qualquer espaço que surgir a necessidade de avaliação clínica e conduta que foge do agendamento, o enfermeiro avalia primeiro, caso tenha necessidade o médico avalia depois. O enfermeiro responsabiliza-se pelo agendamento para os serviços de referência. As demandas de visitas domiciliares tanto o enfermeiro quanto o médico ou os dois em conjunto fazem. Realizam atendimento compartilhado em casos específicos (...) em as articulações com a dentista e demais profissionais da unidade e vice-versa. (Participante G4)

As visitas retiram o profissional do centro e transfere a centralidade para família e pessoa a ser atendida, realizada de forma compartilhada privilegia momentos de compartilhamento de informações e colaboração interprofissional, assim como a discussão de caso para mapear planos possíveis de cuidado, que partem da realidade da pessoa.

Tivemos três encontros e foi interrompido, mas conseguimos fazer a capacitação e seguir as orientações, consegui entender a estratificação de risco. A medicina aqui da UFR tem ajudado muito, tem formado médicos que olham diferente para atenção primária. (Participante G4)

Encontros de capacitação auxiliaram na reconstrução da realidade que adquiriu novos elementos pela equipe e para articulação do trabalho interprofissional. Com isso, o cuidado ganhou diversos contornos favoráveis à pessoa, colocada agora como destaque.

Figura 17 – Fluxograma analisador da Atenção Primária à Saúde, Grupo G4 – Subgrupo G4D2



Fonte: Elaborada pelo grupo de trabalhadores da APS e pelo autor, dados da pesquisa (2023).

A pessoa chega na recepção avaliam se é agendamento ou livre demanda, se for agendamento passa para triagem e se for urgência de livre demanda a enfermagem avalia primeiro, avaliação e acolhimento. Se for para o médico ele avalia, pede exames e após esses exames ficarem prontos a pessoa retorna e verifica os exames, encaminha para o especialista que é agendado pelo administrativo da unidade. Envia ao especialista que prescreve os medicamentos e retorna à unidade para agendar retorno com esse mesmo especialista. (Relator G4D2)

A prática centrada na consulta, no médico, nos exames, encaminhamentos e medicamentos, continua e adquire contornos cada vez mais demarcados por outras profissões que também sustentam esse modelo. No entanto, surgem investimentos para construção de linhas distintas e de reinvenção – como por exemplo, ter a interprofissionalidade como recurso.

Com a odontologia também ocorre trocas de saberes e encaminhamentos dentro da própria unidade, entre: dentista-médico-enfermeiro (...). Na minha unidade tem um médico novo que formou agora na UFR, ele é colaborativo, trabalhamos em conjunto e temos feedback, é muito bom trabalhar assim. (Relator G4D2)

Por mais que haja centralidade no médico, os profissionais que se abrem para o diálogo realizam trocas de saberes imensuráveis, facilitadoras do processo de mudança. Contribuem para construção de um cuidado colaborativo apoiado no contexto interprofissional.

O acompanhamento (...): acolho sempre as demandas, analiso se está conseguindo acessar os diferentes serviços, realizar os exames agendados, se está utilizando o medicamento da forma adequada, avalio possíveis efeitos colaterais do uso do medicamento (...), explicar para ela o resultado dos exames, acompanhar como está lidando com tratamento, como está utilizando os medicamentos, se necessitar fazer outro exame (...) como está enfrentando a condição crônica (...), indico exercício físico, aprender algumas atividades. (Participante G4)

Outra iniciativa que demonstra a capacidade de mudança é a prática de ações que visam o acompanhamento, indícios da responsabilização e longitudinalidade. O cuidado nessa perspectiva é produzido pela ótica da integralidade e da percepção da vida como algo que se modifica no cotidiano.

O acompanhamento também permite reconhece a importância da abordagem biomédica, mas, valoriza aspectos mais amplos, relacionados à compreensão de diferentes necessidades de saúde e da construção do vínculo.

7.2.3 Elementos da produção do cuidado com base nos fluxogramas analisadores da APS

Ao verificar a construção dos diferentes fluxogramas analisadores, em um primeiro momento nota-se uma diferenciação das práticas, retratadas pelas imagens, possivelmente pela particularidade de cada região.

No entanto, em uma análise posterior é possível identificar mais semelhanças que diferenças, porém, retratadas de formas distintas. Impera-se o modelo centrado no médico, procedimentos e com foco nos medicamentos, situações que produzem mais filas e restrições de acesso do que cuidado.

(...) não temos pacientes que são acompanhados porque quando aparece algum caso suspeito a média encaminha ao especialista, parece que não existe uma confiança em ficar com pacientes assim na unidade sem o acompanhamento do médico especialista. Ela mesma fala, eu não sou especialista, então se tiver que aumentar a lista de espera, ela vai aumentar a lista de espera, porque não tem confiança por não ser especialista. O que acontece também, quando é algo mais simples que não depende de exames de alta complexidade para prosseguimento até que ela pede alguns exames e avalia, mas, quando precisa de algo mais específico ela não consegue pedir pela unidade, tem que ser o pedido do especialista. (Participante G1)

Ficam lá na fila com expectativa de serem encaminhados e quando aparecem é para trocar receita e mais nada. O contato que tenho com os pacientes que precisam de encaminhamentos e que precisam ser atendidos em centros de especialidade é mínimo, muito pouco. (Participante G2)

O cuidado produzido não se inclina para atender às necessidades de saúde, tampouco de fazer emergir projetos geradores de autonomia e felicidade. A produção não está centrada na pessoa e sim no procedimento, dessa forma, produzem práticas procedimentais de serviços de saúde.

Essas práticas tem como base o acesso aos bens e serviços: tangíveis – máquinas, exames, procedimentos, equipamentos, medicamentos; intangíveis – atendimento da recepcionista, acolhimento, triagem, consulta médica, consulta de enfermagem. O medicamento, exame e os encaminhamentos, destacam-se como produtos que materializam a prática e garantem a satisfação, mesmo que temporária do consumo dos serviços de saúde.

Sair com um pedido de exame, mesmo o profissional e usuário sabendo das dificuldades que enfrentarão para conseguir realizar, transforma-se em ação de cuidado; o encaminhamento que normaliza uma fila de espera interminável é percebido como uma ação cuidativa; o medicamento é a ação concreta desse cuidado porque alivia temporariamente o sofrimento.

Alguns eu tento fazer o tratamento pela clínica que apresentam, mas tem alguns casos que são muito específicos, eu faço a primeira abordagem e encaminho, não tem como seguir ali na unidade, eu encaminho. Mesmo eu e os pacientes sabendo de toda dificuldade e demora. (Participante G2)

Seguir as linhas que permeiam os diferentes fluxogramas analisadores elaborados pelas equipes, possibilitou particularizar cada momento de produção dessas práticas de saúde:

A entrada representada pela elipse, indica a recepção, mas também a busca ao especialista, livre demanda e agendamento. A forma de acesso consiste na chegada da pessoa e seu direcionamento à recepção, ou seja, ela que procura o atendimento. Indicar a busca ao especialista nesse momento ressalta o descontentamento que os profissionais apresentam com essa ação. O termo livre demanda e agendamento anunciam o objeto de trabalho de quem recepciona na APS.

Questionamentos, representados pelo losango, apontou para as seguintes perguntas: exames alterados? Precisa de encaminhamento? Resolveu o problema? Intervenção médica ou de enfermagem? Necessita de especialista? Precisa de retorno? Há vagas? Há urgências? Questões sempre direcionadas às categorias exames, encaminhamentos, consultas – interrogações direcionadas mais para agenda (pela preocupação com a disponibilidade de vaga), do que para a pessoa que busca o atendimento.

Ação, representada pelo retângulo, na maioria das vezes com foco no procedimento e consulta. Saída, representada pela elipse indica a realização do acompanhamento por outro serviço – CEADAS.

Alta, que causa uma ruptura, com proposições de agendamento para o CEADAS, listas de espera, pronto atendimento, retorno, prevenção de agravos, menos acompanhamento. A perspectiva da alta, em se tratando de uma condição crônica, diminui a intencionalidade de acompanhamento, pois historicamente remete à cisão da relação profissional-usuário em decorrência de uma queixa resolvida.

Agendamento para o especialista, lista de espera, pronto atendimento, indicam a necessidade de outras ações e serviços fora da unidade. Retorno, prevenção de agravos, acompanhamento remeteriam à longitudinalidade e às perspectivas de novos investimentos para resolução da situação apresentada.

A categoria “cuidado” não é privilegiada e não a colocam como finalidade do trabalho, instrumentalizado por agentes que foram capturados pela vertente de superação das metas para ressarcimento financeiro, a produção de práticas e procedimentos impera, emerge dessa forma a ação técnica, burocrática, prescritiva, classificatória, vertente que se vincula muito

rapidamente à ideia de objetificação do sujeito, colocando-o em uma linha de produção seletiva.

Isso incomoda demais a gente, eles pedem aquele número e a gente tem que fazer. Do nada, chegam e falam para fazer, mas não tem como a gente fazer de conta e passar, isso é coisa da gente. Isso vai virando uma correria, uma correria que nossa gente, não aguento mais, essa cobrança também desmotiva e a gente vai para o dia-a-dia de trabalho realmente muito chateada. O ministério cobra deles por conta de recursos, mas, eles não estão lá para ver nossas necessidades e a nossa realidade. Tenho que alimentar três sistemas atualmente e é difícil. Tenho que me esforçar para conseguir cumprir. Aqui não estou gerando polêmica, estou em um momento de desabafo. O sistema do computador é lento, eu preciso de tempo e tenho que correr para cumprir a meta. Você entendeu meu dilema. (Participante G2)

O espaço de reflexão da prática a que os profissionais foram submetidos para realização do grupo, nesta pesquisa, por meio da análise do itinerário terapêutico e da feitura do fluxograma analisador, interveio de forma indireta na realidade, uma vez que foi possibilitado espaço privilegiado de discussão, autoanálise e autogestão.

Eu como enfermeira assistencial nunca me preocupei como eu poderia estar melhorando esse acompanhamento, como orientar, em que orientar, até o que deveria informar. Isso é diferente da hipertensão e do diabetes que já temos uma rotina, orientamos hábitos de vida saudáveis e o que se relaciona com a doença para orientarmos de forma mais específica. Caso alguém me pergunte sei informar. Agora, no caso da reumatologia, da AR, não sei dar orientações e vejo que pode ser uma falha minha. Agora depois disso daqui irei pegar o caderno de encaminhamento e sentar com a médica da unidade para avaliarmos nossos encaminhamentos - ver em que lugar esse paciente com dor crônica está, como ele está e quais orientações ele precisa enquanto está na fila.

Para o grupo que estava extremamente sensibilizado, com medo da violência e dos acordos de convivência da unidade com a comunidade, permitiu ouvir como os demais profissionais lidam com determinadas situações e superam os obstáculos, situação que demonstrou a possibilidade de percorrer por linhas mais suaves.

Vejo que esses problemas que estão relatando são pontuais, não são corriqueiros. São situações muito intensas que tomam proporções maiores então parece que acontece toda hora, mas, não são todos os pacientes que tem esse tipo de comportamento. Sempre que isso ocorre eu preciso me afastar um pouco, para ver de fora o que de fato está acontecendo. Tive uma professora que falava, quando a pessoa chega brigando é falta amor para pessoa, e o que precisamos fazer é o que é mais difícil para gente nessas situações, que é dar amor. (Participante G3)

A discussão oportunizada por meio do grupo reflexivo, possibilitou a troca de saberes e experiências e explorou a rotina dos serviços, permitiu repensar a fila de espera, a caracterização e aproximação das pessoas, individualização da abordagem terapêutica, organização dos espaços de escuta e diálogo.

7.3 A produção do cuidado no âmbito do CEADAS

7.3.1 Dados Produzidos com a equipe do CEADAS

Foram quatro encontros com o grupo composto por trabalhadores e gestores do CEADAS, as integrantes auxiliaram nas reflexões sobre: o percurso das pessoas para inúmeras situações de busca por cuidados no campo da atenção especializada; as diferentes formas de acesso; entendimento do cotidiano do trabalho; interrelação com a APS e processos de gestão.

7.3.1.1 Primeiro Encontro: reflexões sobre o itinerário terapêutico de Vernônia

Sala quente, grupo grande, interesse pela pesquisa, reflexão da prática, trajetória da pessoa com AR e construção de um espaço para diálogo foram alguns elementos experimentados no primeiro encontro com o grupo do CEADAS.

O grupo precisou lidar alguns desafios iniciais, o primeiro de circulação da fala e atenção à fala do outro, mas, a curiosidade serviu como aliada nesse processo e a equipe de gestão que estava presente auxiliou no processo de estimular a fala dos participantes e a participação.

Inicialmente havia uma preocupação da equipe gestora inibir os participantes, mas, isso não transpareceu no grupo devido à não fragilidade dos vínculos de trabalho dos participantes e tempo de serviço no local, a maioria com longa data.

Foi apresentado ao grupo o detalhamento da pesquisa e sobre o pesquisador, além da abordagem dos aspectos éticos e estabelecimento de contratos para fluidez das falas e sigilo das informações. Posteriormente apresentado o itinerário terapêutico de Vernônia. Escolheu-se o mesmo itinerário para ser trabalhado nas diferentes etapas da pesquisa, pelo fato de ser o mais representativo em relação aos demais, pela diversificação das informações, grande tempo de espera para um tratamento adequado e multiplicidade de acesso aos diferentes serviços, situação que permitiu processos reflexivos mais amplos – o itinerário terapêutico foi lido e a imagem da trajetória foi projetada.

Após a apresentação o grupo discutiu livremente e elegeu para discussão cinco eixos principais: de quem é a responsabilidade (o problema é da USF?); valorização da dor do outro e a definição de prioridade; a unânime busca pelo especialista; realidade do CEADAS; a comunicação como principal estratégia.

Uma participante pediu a palavra e em sua primeira fala vinculou os problemas às unidades da APS. Indicou falta de responsabilização com a pessoa que procura o atendimento, e transferência da mesma para acompanhamento pelo CEADAS.

O problema da atenção primária é o esquecimento da pessoa quando passa a ser acompanhada com especialista. Quando a pessoa tem uma situação crônica enquanto está na USF está ok, mas quando ela acessa o especialista a USF esquece, é como se fosse um alívio. Já discutimos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) o fluxo de agendamento (...) hoje é como se fossem entregas e o usuário não é da atenção especializada, ele é da USF, perto da casa dele é a USF, deveria acompanhá-lo, atendê-lo como um todo. Ao mesmo tempo a gente resolve o lado da pessoa, mas não da RAS. (G1P1)

A falta de acompanhamento por parte da APS reflete diretamente na atenção especializada, a preocupação é da manutenção do foco na doença e não com vistas à integralidade. Atribui à USF a abordagem de outras condições que o especialista não conseguirá atender pelo limite de sua especialidade.

Ela não indo para USF outros problemas deixam de ser acompanhados e por ser acompanhada pelo especialista, às vezes outras situações eles também não consigam perceber. Essas outras situações quem está acompanhando? Tem um olhar ampliado para essa pessoa? Também venho de USF e me chama muito atenção a falta de acompanhamento pela USF. (G1P2)

O descompasso entre a consulta especializada e a realização dos exames para retorno ao especialista também foi indicado como problema da APS.

Faz exames e depois tem que refazer tudo, há um descompasso entre pedido de exames e período da consulta, as USF não respeitam esse prazo, perdem chances de agilizar o atendimento. (G1P3)

A dúvida recai sobre a forma de atendimento do médico da APS, dificuldades para estabelecer diagnóstico pela restrição que fazem em relação ao número de consultas. Também por outras restrições no acesso estabelecidas pela equipe, como definição do dia a ser atendido de acordo com local de moradia.

Por que não atender? Se o médico é contratado para 8 horas porque tem que atender só 12 pessoas, por esse motivo ficam "ao ginecologista, ao neurologista, ao cardiologista", agindo assim que recebem a denominação de doutores "aoao". Médico de USF se não for "Dr. Dipirona" é "Dr. Aoao". Agora eu vejo lá no bairro onde eu moro, chego lá está fixado na porta um papel do dia em que meu bairro é atendido, acho isso um absurdo. (G1P9)

Por mais que haja a sensibilidade em querer resolver, ao CEADAS recai a tarefa de sempre identificar uma nova solução para o problema, para que a pessoa tenha acesso aos especialistas; dessa forma, lapidam estratégias de regular as vagas disponíveis e distribuí-las conforme a necessidade.

Nós não somos a central de regulação, somos serviço especializado e temos que tratar todos aqui da melhor forma, mas esse agendamento e toda essa preocupação com a agenda não deve ser nossa, temos que diminuir isso o máximo possível (...). O que me chateia é que nas unidades não conseguem gerenciar, eles ligam e não manejam as vagas que tem. (G1P1)

Indicam o papel do CEADAS na RAS, ao tentar corrigir o problema gerado em diferentes serviços pela não responsabilização e má gestão da fila de espera para atendimento especializado.

Os pacientes procuram o CEADAS porque não tem o atendimento que procura lá na base. Se deixar para unidade quando a consulta sair, às vezes a pessoa já até morreu. Lá na USF não tem uma organização de necessidade, esse é prioritário e aquele ali precisa ir na frente porque é mais, não, não tem, é a mesma fila (...). Por esse motivo tem muitos faltosos, não tem gerenciamento da lista de espera (...). Às vezes não tem condições de ir para fora ou pagar particular, acabam vindo para o CEADAS, fazem fila que se inicia quatro horas ou cinco horas da manhã para ser atendido, esperando um encaixe, alguém faltar para ficar com a vaga, tenta dar seu jeito. (G1P6)

Além da ausência de responsabilização, a falta de receptividade e acolhida na APS inclina as escolhas da pessoa para o CEADAS, os participantes referem que em algumas unidades existem falhas na comunicação com a pessoa que procura.

Tenho 27 anos de CEADAS, se tiver uma pessoa que vem aqui todos os dias e me fizer uma pergunta eu não consigo dar má resposta. Fui perguntar na USF como eu faria para agendar uma consulta, a recepcionista falou (_Volta e lê o papel lá da porta, lá está escrito). Para que falar assim? Para que eu voltarei lá? (G1P9)

A má distribuição de vagas para os especialistas, não obedecendo critérios formais de

preenchimento das vagas, foi apontado como um dos grandes problemas. A baixa auditoria realizada diante do procedimento de agendamento de consultas especializadas, permite com que os responsáveis pelo agendamento façam a regulação de acordo com a próprias necessidades.

Como tem bastante pessoas trabalhando na mesma USF, o que fazem e sabemos porque alguma de nós trabalhamos em USF antes de vir para cá e sabemos, marcam para familiares, tio, avós, sobrinhos, vizinhos, depois olha para a pessoa que estavam ali na fila. Vejo que isso acontece muito, muitos ficam na fila de um a dois anos e nunca tem vaga. Aí a pessoa que nunca conseguiu a vaga tem que se deslocar até aqui (...) para ver se consegue um encaixe (...) simplesmente vem, conversam e todos atendem bem, tanto é que a pessoa sempre sai satisfeita. (G1P10)

Todos esses problemas relacionados à responsabilização, falta de receptividade e acolhida, permite com que as pessoas procurem outras unidades que respondam além da sua necessidade de garantia de acesso, às necessidades de ter vínculos com profissionais e equipes.

A pessoa perde o vínculo com a USF e constrói o vínculo com a equipe do CEADAS, gosta de ser atendido aqui, com isso não quer voltar para a unidade perto de sua casa. A pessoa que me atendeu não me atendeu bem, a ACS marcou comigo de ir na minha casa e faz tempo isso, não foi. Acredito que deveria ter mais comunicação para fortalecer o vínculo. (G1P4)

A falta de sensibilidade diante de uma pessoa que está sentindo dores, foi relatada como um problema a ser superado. Com isso a dor e a definição de prioridade surgem como pontos a serem observados.

Eu por enfrentar esses problemas, já ouvi me chamarem de Maria das Dores, falando assim, lá vem ela, ela só reclama, mas, vocês não têm noção do que é uma fibromialgia e uma AR. No abraço temos sensibilidade, para sentar no vaso é mais difícil, para entrar dentro do veículo, para descer a porta da casa tem que ficar se segurando (...). Você não consegue controlar, não consegue o tratamento. Descobrir que o tratamento é um medicamento de alto custo é complicado, porque você não pode ir e comprar aquele medicamento que você precisa, beira o desespero (...). (G1P4)

A dor que a pessoa com AR sente, retratada na representação gráfica por meio do itinerário terapêutico foi capaz de promover reflexões acerca do acesso aos serviços de saúde e possibilitou que o grupo repensasse nas ações desenvolvidas para uma prática de cuidado sensível à realidade da pessoa.

O caso que você nos mostrou, é muita dor, é muita dor, a AR ela perturba, é muita dor que a pessoa às vezes não se movimenta. Como você vai ficar parado esperando? Vai esperar morrer com dor, ficar em cima de uma cama? Não, a pessoa procura algum recurso. (G1P6)

A dor é colocada como algo a ser investigado e a receber abordagem adequada devido à dificuldade de manejo, situação que acarreta em longos períodos de sofrimento pelo diagnóstico não preciso, tratamentos que não controlam a progressão da doença e, por consequência as dores.

Na verdade, as vezes a pessoa vai convivendo com a dor e passa a vida inteira sentindo algo sem saber aquilo o motivo de tanta dor, passa um tempão tratando algo diferente, sem terem a certeza do diagnóstico. (G1P4)
Parece que não percebem quem é grave ou não, tem a fila e os enfermeiros das unidades ignoram a fila e colocam os que entendem como prioridade para a gente atender e a fila vem à parte. (G1P1)

No entanto, as pessoas procuram diferentes recursos em busca do alívio das dores que estão sentindo, e ao observarem o CEADAS e sua porta de entrada percebem que dentro do próprio estabelecimento a definição de prioridades é prejudicada por situações de descompasso entre legislação, interpretação da pessoa que busca o atendimento e do profissional que oferta.

Para as pessoas que chegam com prioridade, os médicos não querem que consideremos as prioridades, porque para o ambulatório de reumatologia, todos são prioridades. Não é para priorizar a fibromialgia, mas, tem uma lei municipal que prioriza a pessoa com fibromialgia. Eu fico em dúvida porque é para fazer uma coisa e o médico manda fazer outra. (G1P4)
É como priorizar idosos na geriatria, priorizar crianças na neuropediatria, não tem como, na reumatologia terão dores e não deveriam ser priorizados por esse motivo. (G1P3)
Tem um médico que não atende ninguém antes de atender os idosos, ele já foi penalizado por isso. Todos deveriam seguir sim o mesmo padrão, e a regra deve ser geral, instituída por nós por meio das leis (...). Quando está passando mal, sempre é UPA, esse é um padrão. Mas, no ambulatório teremos que ter uma normativa. (G1P1)

A priorização do atendimento ao considerar apenas um estabelecimento é muito complexa, no âmbito da interrelação das inúmeras unidades do SUS é um desafio maior a ser superado. Pela dificuldade na definição de estratégias para resolução dos problemas, situações são criadas no cotidiano como escape em busca de soluções, principalmente da dor. O especialista passa a ser preterido pela ideia de principal referência, pela detenção do saber e das habilidades em tratar e aliviar o sofrimento de forma específica.

(...) por ter procurado, esperado, e chegar aqui no CEADAS o especialista ter resolvido a dor dele, ele acha que só no CEADAS irá resolver e que na USF não resolverão mais nada, por isso preferem vir até aqui. Aqui é colocado como algo melhor devido a presença do especialista, mas não consideram o que tem perto que a possibilidade de melhor acompanhamento. (G1P2)
 Já passei por isso. Fiz vários exames e levei na USF para serem avaliados, os exames não revelaram nada, trouxe para uma médica especialista avaliar e ela desconfia e pediu mais exames para ver se de fato tenho AR. Ela disse que não é normal tanta dor, a dor que eu sinto no joelho é enorme, e nas outras articulações também. (G1P4)

O caminho passa a ser aquele que oferta uma melhor resposta, com menos negativas e com maior chances de resolução.

Quando você chega lá vira um empurra-empurra, olha lá quem está chegando, chegou sua vez de atender - não vou atender ela não, vai você. (G1P6)
 Aqui é o final da linha, muitos chegam aqui já bem desgastados porque não tiveram boas experiências com os demais serviços. (G1P2)
 Achei interessante sobre caminho dessa pessoa e vi o quanto o centro de especialidade conseguiu ajudar a vida dela. Ela teve condições de custear mesmo que pelo plano seu tratamento inicial, depois quando perdeu o emprego conseguiu o atendimento que precisava pelo SUS. Graças a Deus que ela conseguiu o atendimento imediato pela central de regulação. (G1P8)

Com isso o grupo considera que os atalhos são considerados pela pessoa com AR, como possibilidade de diminuir as negativas que acumulam no decorrer dos processos de iteneração.

O agendamento pelo CEADAS, cria uma linha robusta que desestabilizam outros mecanismos formais, acarretando em riscos para manutenção das pactuações estabelecidas entre os diferentes serviços, neste caso com os sistemas formais de regulação.

A tendência é reduzir bastante os agendamentos pelo CEADAS. Aquele médico que faz o pedido para agendar aqui, já desenvolve conosco a linguagem própria. Ele faz um encaminhamento de fluxo interno e escreve como combinamos, ou "à enfermeira para agendamento" ou "agendamento no CEADAS". (G1P1)

A realidade do CEADAS é colocada como situação a ser observada, primeiro por romper essa barreira instituída pela regulação do sistema, ao gerenciar as vagas e o acesso aos especialistas com maior grau de autonomia – de forma paralela e restrita. Posteriormente como lugar privilegiado de acesso, acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilização.

O primeiro contato é fundamental, a pessoa acolhe e te trata bem, você fica com vontade de voltar lá para seguir com seu tratamento (...). No CEADAS

tudo é limpinho, o ambiente é bom e o atendimento bem diferenciado em relação aquilo que a pessoa vive em seu contexto perto da sua casa. (G1P8)
 Nós não temos problemas em relação ao atendimento e a satisfação pelo atendimento. O que ocorre são discussões pontuais que a pessoa começa a se alterar em decorrência do agendamento, que não tem a ver com a gente. Mas, de qualquer forma, a pessoa que chega aqui sai sempre com uma resposta favorável ao seu tratamento. Uma das nossas frentes aqui no CEADAS é o diálogo com o usuário, toda equipe preza. Os problemas relacionados ao CEADAS não se referem a um problema no CEADAS, mas, a um problema de chegar até o CEADAS. São bem atendidos aqui. (G1P1)
 O CEADAS sempre foi assim, não é de agora, sempre foi assim com todos os gestores que passaram por aqui. Os trabalhadores faziam sim comida aqui, crochê no tempo vago, mas, ajudava no controle da ansiedade da equipe, mas, o atendimento sempre foi bom, sempre todos tentaram acolher. (G1P6)
 Vejo que aqui tem um acolhimento que eu gosto muito e gosto muito de trabalhar aqui. Antes quando eu trabalhava na USF me incomodava muito com isso, de agendar primeiro as indicações para depois seguir na fila. Muitos saem daqui satisfeitos, é gratificante quando a pessoa sai te elogiando, agradecendo, consegue sair em um tempo bom. (G1P9)

Como fator chave do processo de mudança de uma unidade que oferta melhores condições de respostas às pessoas e outra que restringe o acesso e causa mais dor, peregrinação, espera e sofrimento – o grupo indica a comunicação.

Vejo com isso que precisa de uma comunicação melhor entre a USF e a pessoa que eles acompanham, os moradores daquele bairro e as necessidades que todos naquela região apresentam, já foi abordado muito aqui que sobre a falta de comunicação sobre os agendamentos, muitas pessoas nem sabem que tem consulta agendada, nas trocas de agenda quando ligamos para pessoa acontece isso, as pessoas nem sabem que estavam agendadas (...). O primeiro problema diante de tudo isso que aparece é a comunicação. Os profissionais das USF deveriam todos falar a mesma língua. Inclusive no CEADAS, todos deveriam falar a mesma língua. (G1P9)

De um lado é colocado um estabelecimento com um padrão de resposta desejável e que consegue observar às demandas e necessidades de saúde da população. De outro é colocado uma gama de outros estabelecimentos e atribuída a eles a responsabilidade por todos os problemas existentes no sistema de saúde.

Pela análise do grupo, de um lado o CEADAS, como serviço de saúde a ser observado pela resposta que oferta para o funcionamento das ações e serviços. De outro, as unidades da APS que apresentam dificuldades em manejar a gestão do acesso, trabalho e cuidado em saúde.

7.3.1.2 Segundo Encontro: síntese do encontro anterior e fragmento do diário de pesquisa

Um convite foi realizado para o grupo, ler e complementar a síntese do encontro anterior, em um movimento de relembrar os principais aspectos discutidos e depois revisitar um texto do diário de pesquisa.

Após a leitura da síntese, a situação que mobilizou o grupo foram as filas, uma vez que, surgem de diversas formas: para consultas agendadas, marcação de consultas, central de regulação. Além desse mecanismo formal de acesso, dois outros atravessam: encaixe e a intervenção de políticos e assessores.

As consultas agendadas geram filas pelo fato de concentrarem um número considerável de pessoas para o mesmo horário, situação que possibilita aproveitar as “vagas que sobram” em decorrência das faltas, além disso, um mecanismo de controle do número de atendimentos pelo médico e de possibilitar agilidade às suas consultas.

Ainda relacionado ao conjunto da fila de agendamentos, o grupo retomou questões referentes à priorização da pessoa que chega à recepção, aspecto fundamental para organização da fila. Ao chegar na recepção a pessoa é avaliada em relação à sua ordem de consulta.

Essa questão de priorização do atendimento eu fico preocupada, se formos seguir a lei, nós temos quais são os critérios de preferência, nem sempre dá para seguirmos esses critérios aqui (...) a maioria das pessoas que vem para consultar na reumatologia tem dor ou por ter fibromialgia ou por ter outra doença que também acarreta em muitas dores, então como dar preferência da preferência? (G2P1)

É interessante os critérios de prioridade e o estado em que a pessoa se encontra. Por exemplo você pergunta o que a pessoa tem, o estado em que a pessoa está, qual tem maior prioridade, aquela que tem AR, mas, não está sentindo dores, está bem, ou aquela que tem uma determinada doença e está sentindo muitas dores e não está bem. Com isso eu vou fazendo as prioridades que eu acredito que de fato se enquadre como prioridade. (G2P2)

Tem usuários que chegam muito cedo aqui, falam moça eu cheguei primeiro, aí temos que explicar: _ sim, o senhor chegou primeiro, mas, tinha aquela pessoa e aquela outra que chegou depois, mas, tinha uma determinada prioridade no atendimento. (G2P3)

O sistema já faz isso de forma automática, eu vou lançando tudo no sistema, quem organiza é o próprio sistema, eu não altero. Ou o pessoal do corredor reorganiza (...). Tem pessoas que vem de fora, chegam todos com o micro-ônibus às 4-5horas da manhã e cada um com uma consulta em horário diferente, tem que esperar o outro ser atendido para irem de volta para casa, ficam aqui esperando. (G2P4)

Teve uma mulher que brigou comigo, chegou muito cedo e outro passou na frente porque ele estava no horário e ela não, informei que ele estava agendado no primeiro horário e ela em horário posterior. (G2P3)

Essas situações ocorrem no caso das pessoas que já estão agendadas e chegam para consulta, no entanto, outras filas se formaram antes dessa, para que a pessoa conseguisse acessar aquele ambiente. Dentre essas, a fila da madrugada para marcação no dia 25 de cada mês, com oferta de um limitado número de vagas, situação que prejudica a fluidez no acesso.

Não tem vaga assim não, as pessoas que chegam primeiro no dia 25 têm prioridade na fila e no agendamento, aí é fila única para agendamento sem ter prioridade, os primeiros são os primeiros, privilegia quem vem mais cedo. Dia 25 não é encaixe é marcação. (G2P5)

O que acontece é que se a pessoa deixa para vir às 6horas da manhã, aquele que chegou às 4horas já pegou a vaga, chegando depois dependendo do número de vagas disponíveis, a pessoa não consegue. (G2P4)

Aquele que avalia que está precisando mais ele chega mais cedo e pega as vagas da primeira semana do mês seguinte, os demais vão ficando mais para o final do mês, e tem um limite de vagas, não pula para outro mês. Se chegar no dia 25 de setembro, os primeiros que vierem são para primeira semana de outubro, e assim sucessivamente, deu aquele limite acabou. (G2P1)

Em circunstâncias como essas, alguns princípios do SUS não são considerados, e a distribuição do acesso não atende, por exemplo, ao princípio da equidade.

Se a pessoa que estava na minha frente chegou cinco minutinhos antes de mim e chega na hora de agendar só tem uma vaga, ela pega a vaga e eu fico sem a vaga. Isso acontece e não é necessário chegar muito cedo, só que a pessoa chega muito cedo para chegar antes do outro que também precisa porque quer ter a prioridade no agendamento. Nessa fila não tem prioridade, é por ordem de chegada. Às vezes a pessoa chega às 6horas e não consegue vaga. (G2P6)

Diante dessa fila da madrugada, geradora de iniquidades, o grupo foi convidado a refletir sobre o papel da central de regulação.

Por meio da central de regulação era para ter prioridade de acordo com a necessidade, mas, tem outros tipos de prioridades indevidas que passam na frente (...). As demandas de vaga não passam pelo médico regulador, consulta não passa. Então não tem uma regulação formalizada, só existe a disponibilidade da vaga. Não tem médico regulador que avalia o pedido com a justificativa e libera a vaga. (G2P6)

Torna-se necessário a realização de pactuações envolvendo a central de regulação também, diferentes problemas perpassam pela central de regulação. Já ocorreu várias vezes de passar lista errada, horário invertido. Informam que a consulta será às 7horas, quando chegam aqui a consulta está agendada para 13horas. (G2P1)

Efetivar processos de mudança perpassa por sucessivas aproximações da central de regulação para proposição de ações visando melhor gestão do acesso. Ato que diminuiria a

autonomia do CEADAS, na atualidade a possibilidade de encaixe é a situação que traz mais comodidade, enquanto o atravessamento por políticos e assessores o pior cenário.

A situação mais corriqueira é a do encaixe, faltou paciente, encaixa alguém. (G2P6)

(...) faltaram cinco pessoas para consulta agendada de uma USF só. Quando colocamos no grupo¹, essas vagas são preenchidas bem rápido. Consegui encaixá-las, a pessoa pensa (é melhor eu ir e deixar meu nome no caderno na unidade, ou ir no CEADAS em busca de encaixe, porque sei que lá sempre tem faltosos). Vejo aqui, que aqueles que ficam tentando encaixe conseguem muito mais rápido que aqueles que vem pela USF. (G2P1)

Passando pelos corredores a gente escuta, nossa não consegui hoje, mas, amanhã eu consigo, estarei aqui novamente. (G2P7)

(...) a unidade de saúde marca pela central, ou para o mês corrente vieram no dia 25 do mês anterior. Então querendo ou não tem uma regulação, as pessoas não chegam para acolhimento e agendamento, elas seguem essa outra dinâmica. E batemos muito na tecla, tem que ter um encaminhamento, senão não adianta, não consegue marcar, então pelo menos com um médico anterior ela tem que passar, senão não consegue encaminhamento. Então a pessoa tem que seguir aquela rota, aquele fluxo certinho (...). (G2P6)

Se acabássemos com as vagas que distribuímos aqui não acabaríamos com o problema, acabar com as vagas do CEADAS não resolve. (G2P1)

Em relação ao acesso de políticos e assessores, os trabalhadores permitem o acesso, com a justificativa de que se sentem mobilizados pelo caso da pessoa, preferem pensar apenas na pessoa e na contribuição ao seu tratamento.

O que eu não gosto e que acabamos cedendo é a pressão política. Isso foi o que mais me deixou desconfortável de vir para esse serviço. Toda hora tem um assessor e um representante de político na minha porta, querendo uma vaga, e alguns quando não temos insistem. Sei que é uma forma de acesso para alguém que está precisando muito, mas, ele está com outras intensões que não são colocadas, ele está já em busca de votos. Eu me sinto mal, sei que estou contribuindo para campanha, como falar não se você vê a necessidade da pessoa. Isso me incomoda bastante, não gosto mesmo dessa pressão política. Acabar com os encaixes não resolveria o problema porque o médico atenderia menos ainda. Tem muitas mudanças que deveriam vir de cima, tem coisas aqui que não conseguimos resolver. Acho que secretaria, prefeitura, gestão de contratos, tinham que verificar o que seria possível fazer para intervir. (G2P1)

Situação que remete novamente aos problemas na APS, referem que muitas pessoas continuam trabalhando na APS por influência política.

¹ Grupo por aplicativo de trocas de mensagens e mídias, via celular, formado pelo centro de especialidades e as enfermeiras das unidades da atenção primária à saúde.

Comprometimento não conseguimos transforma o comprometimento da pessoa, ela é comprometida com aquilo que faz ou não. Isso é difícil, colocar comprometimento na cabeça da pessoa. Tem as questões partidárias, não fala com essa pessoa que o padrinho dela é determinado vereador. (G2P6)

Não deve ter isso, na USF ou a pessoa trabalha direitinho ou ela não está trabalhando direito. A pessoa tem que conseguir manter aquela vaga indicada. (G2P7)

Quem está lá não são os melhores, comprovado por algum critério, não passaram por uma prova. São indicações políticas. Trabalhei em uma USF que tinha uma pessoa indicada, que não sabia escrever no prontuário, não sabia escrever nada. Como eu posso exigir que ela faça um trabalho mais complexo se ela não sabe nem escrever. (G2P1)

Teria era que tirar a política dos serviços de saúde e deixar o trabalho fluir. (G2P4)

Nada disso, o que tem que ser feito é aquele movimento enorme de colocar isso na mídia e escancarar a realidade. A secretária pode muito bem chamar o vereador e falar, olha na área da saúde meu limite é esse, não consigo manter essa pessoa no cargo porque ela não corresponde. (G2P7)

Mais fácil com isso sair o secretário. É triste isso, é preconceito, mas acontece. (G2P6)

Seria bom acabar mesmo com as ordens políticas do dia-a-dia, funcionaria bem melhor. Caso a pessoa queira insistir, insista na necessidade de concurso para reintegração do quadro. (G2P4)

Essa discussão retoma diálogos do primeiro encontro em que, a APS foi alvo de críticas. O incômodo permeia a indisponibilidade do trabalhador para desenvolver sua função – existe pactuações relacionadas substituição de carga horária por número de consultas, situação que provoca descontentamento por ser a principal causa de consultas superficiais, com baixa capacidade investigativa, pouco investimento na clínica e falta de disponibilidade do profissional para atender às demandas das pessoas da comunidade. Situação que pode gerar sobrecarga dos demais serviços.

Isso que eu acho errado, o médico de família é contratado para ficar oito horas lá e porque ele quer atender apenas 10 consultas? (G2P7)

Se ele tem que cumprir as 8 horas deveria mesmo cumprir todo horário com atendimento. (G2P6)

Isso não é específico do atendimento na USF, isso ocorre em outros ambientes também, na UPA, no próprio CEADAS, se a pessoa chega e o médico está disponível, por que não atender? (G2P3)

O médico chegava na unidade e ficava às 8 horas do contrato por dia, atendia todo mundo que chegasse. Depois que a política começou a entrar no meio, você sabe como é, aí que começou isso, uma anarquia de atender somente 10 a 12 pacientes. (G2P4)

Tem muito encaminhamento a pedido, acho que deveria investigar, dar atenção devida para pessoa, solicitar exames complementares, conversar e demandar tempo para investir na pessoa, mas, não, não quero investigar, já que ela pediu, vai um encaminhamento a pedido. (G2P6)

Reflete em outro profissional, quando falta uma determinada especialidade, a outra é sobrecarregada para dar suporte a essa que está faltando. É uma bola

de neve (...). Falta é uma investigação correta do médico da USF, com avaliação correta da fila daqueles que estão esperando (...). Após esse movimento, com todos reavaliados, nós aqui tínhamos sim que ter mais vagas para poder atender. (G2P1)

Além da síntese trabalhada no primeiro momento, havia um planejamento para ser trabalhado com o grupo – um fragmento do diário de pesquisa, conforme quadro a seguir (Quadro 3).

Quadro 3 – Fragmento do diário de pesquisa apresentado ao grupo do CEADAS

Fragmento do Diário: profissional de saúde “fazendo hora”
<p>Apresentaram-me uma profissional de saúde do serviço, aproximadamente às 09h00min e ela já havia atendido todas as pessoas agendadas para aquela manhã. Quando fui apresentado como professor da universidade e disseram para ela que eu estaria fazendo uma pesquisa e para isso observando o atendimento, ela disse que não tinha mais nada para fazer naquele período que eu pudesse observar. Por decisão judicial a secretaria havia modificado a obrigatoriedade de atender pelo número de consultas para atendimento por carga horária e como já estava acostumada a acompanhar as pessoas que apareciam naquele serviço ela terminava os atendimentos e tinha que ficar ali “fazendo hora”.</p> <p>Estava “navegando pela internet”, visualizando coisas aleatórias e reclamou, dizendo que não gostava dessa situação, não enxergava perspectivas de melhoras, a não ser voltar a atender pelo número de consultas, assim, poderia sair para retomar o atendimento de seus pacientes do consultório. Do jeito que ficou não verificou melhorias no atendimento e não conseguia atender mais pessoas no ambulatório, isso porque seus pacientes eram regulados pela central de regulação, com isso, avaliou que não compensava financeiramente permanecer com vínculo público. Além da sua atual vinculação disse que todos os profissionais estavam indignados com essa nova realidade e que alguns estavam maquiando a permanência na unidade, chegando no serviço e registrando o ponto, atendendo e saindo para fazerem as consultas agendadas em outra localidade, depois voltando para registrarem a saída da unidade.</p> <p>Com tantas pessoas necessitando de atendimento e de intervenções de todas as ordens no campo da atenção especializada, colocava-se refém do sistema de regulação e não expandia suas atividades para o desenvolvimento de demais possibilidades. Isso me causou sentimento de desesperança e percebi que estudantes que estavam ali acabavam reproduzindo a mesma realidade e não se movimentavam, alguns demonstravam não concordar com a (não)conduta ou (não)iniciativa por parte dessa profissional que estava ali como referência para aprendizagem, outros não conseguiam ao menos visualizar esse erro de conduta.</p>

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A discussão se estendeu, foi possível perceber falas que ressaltaram novamente os problemas da APS e vincularam outros sujeitos ao problema, como se a causa dos mesmos estivessem sempre fora e não pertencessem ao CEADAS.

A intencionalidade da leitura do fragmento do diário de pesquisa foi: possibilitar um espaço de reflexão diante das ações que acontecem no trabalho; ressaltar que os problemas não estão apenas nas outras unidades que compõem o SUS; permitir que reflitam sobre a inclinação dos trabalhadores para produção do cuidado, por meio de uma crítica a não centralidade das

práticas na pessoa; incentivar processos de autoanálise e autogestão.

Após a leitura o grupo redirecionou a discussão para análise do vínculo de trabalho e para as atividades desenvolvidas no CEADAS, abordagem da natureza dos vínculos de trabalho, qualidade do atendimento, tempo destinado às consultas, quantidade de pessoas atendidas, necessidade de treinamento.

O ponto eletrônico foi colocado para quem tem o vínculo com a prefeitura e com a empresa de terceirizados, os médicos se recusaram a bater ponto. Atendem “5segundos” cada paciente e saiam da unidade (...). A maioria aqui atende muito rápido, às vezes você nem senta na cadeira - chama o próximo aí. Temos aqui profissionais maravilhosos, mas, temos muitos que fazem péssimas consultas, atendem muito rápido, não se preocupam com a qualidade do serviço que desenvolvem. Parece que estão com raiva por estarem ali, atendem rápido e ficam fazendo hora. Não pensam que tem uma carga horária para cumprir. Quando você faz o concurso você olha o edital, lá especificam a carga horária, mas, infelizmente (...). (G2P6)

Profissionais que executam essas práticas, estão mais vinculados à produção do número de consultas que de relações de cuidado e responsabilização. Enfrentam o desafio de cumprir com a meta estabelecida em seu contrato de pactuação, mesmo exigindo um grande número de consultas.

Tem alguns médicos que ficam além do horário estabelecido porque fazem tudo com bastante calma. Só que tem uns que atendem 30 a 40 pessoas no dia. Isso para cumprir a carga horária semanal dele. (G2P1)

P8: Vai um colocar a Maria no lugar do João porque a Maria faltou e deixa eles saberem para ver se atendem. Eu pensava assim, se é contratado para atender 10 por dia, tem que atender os 10. (G2P8)

O protagonismo do médico é retomado nas falas, expressões de ordens e regramentos são utilizadas por esses profissionais para adequar o sistema de saúde à sua agenda.

Atende todos rapidamente e sai para ganhar dinheiro em outro lugar. Se a carga horária dela aqui são quatro horas e ela fica, o serviço aqui está empatando de ir ganhar dinheiro no privado. Nada melhor que fazer um protocolo, todos devem seguir esse protocolo e pronto. Todos falando a mesma língua. (G2P7)

Concordo com a instalação de protocolos. (G2P6)

Na perspectiva dos participantes do grupo o enfrentamento à essa realidade permeia o desenvolvimento de protocolos e treinamentos para que todos consigam melhorar o desempenho e o padrão das intervenções.

Ao final, apesar de reconhecerem os problemas com a vinculação do profissional no serviço e o perfil do trabalhador, culpabilizaram outros pontos da rede pelas falhas existentes – o problema ainda não é do CEADAS,

O problema não está aqui, está lá na USF. Se colocar pessoas que querem resolver lá os nossos problemas diminuem, chegam bem menos pessoas para a especialidade. (G2P8)

Investimentos amenizariam parte dos problemas relatados e trariam possibilidades de mudança: visita da equipe de APS no CEADAS; programa de contratação de pessoas com perfil para ocupação da vaga; investimentos em comunicação.

Não só as USF, mas todos os serviços precisam de reorganização. Quando eu entrei eu sugeri que chamássemos todas as USF para fazer uma visita no CEADAS para entender como funciona, uma integração, sobre a importância de avisar corretamente para não faltar. (G2P1)

Deveria sim ter um programa especial na secretaria de fazer a contratação de profissionais mais competentes, mais envolvidos, mais preocupados, que não estão ali só para cumprir o número de atendimentos e ganhar dinheiro. E as coordenações de cada unidade deveria comparecer na secretaria, de todas as unidades, e explicar ao certo como proceder. (G2P7)

Falta de comunicação aqui no CEADAS é muito grave, eu acho a comunicação muito importante. Se você não se comunicar com o outro (...). Para mim o que falta é a comunicação, na comunicação podemos melhorar, acho que é o único que poderemos trabalhar. Diante da comunicação nós temos maior governabilidade, pensando em uma intervenção. (G2P6)

Pela recorrência, a comunicação é um item a ser explorado, assim como, o estreitamento de ações com a APS para fluxos mais adequados e construção de estratégias de corresponsabilização frente às possibilidades de cuidado.

7.3.1.3 Terceiro Encontro: síntese dos encontros e o fluxograma analisador da APS

No primeiro momento do terceiro encontro foi realizada uma síntese sobre o encontro anterior e posteriormente apresentado alguns fluxogramas analisadores da APS, assim como os principais tópicos discutidos em cada grupo.

Ao refletir sobre a síntese do encontro anterior o grupo retomou a discussão sobre o horário de atendimento, tempo para consulta e sobre as filas. Ao analisar o produto dos encontros do pesquisador com trabalhadores da APS discutiram sobre os seguintes aspectos: sentimento de insegurança; contribuições da equipe para manutenção de um ambiente seguro; responsabilização e comprometimento.

Por imaginarem que a consulta será demorada, algumas pessoas chegam muito antes do horário agendado e isso eleva o tempo de espera na recepção, aumenta por consequência o tamanho da fila para atendimento médico.

Tem duas vertentes, nós temos pacientes que chegam duas horas antes do atendimento e tem pacientes que conhecem o médico, sabem que se ele marcou 14horas ele sempre chega depois às 15horas, por exemplo, e chegam mais tarde também, perto das 15horas. O médico ainda não chegou, mas aquela pessoa que atrasou já foi demarcada como faltosa e a vaga já foi ocupada por outra que estava esperando encaixe. (G3P1)

Surge com a espera a insatisfação, pelo sentimento gerado ao ver outra pessoa ser atendida primeiro, mesmo não sendo essa realidade, é como se o outro não respeitasse a fila.

Em relação aos horários, principalmente as pessoas idosas, eles querem chegar primeiro mesmo sendo prioridade, querem ser os primeiros dentro da sua prioridade. Tem aqueles que chegam às 12horas para consulta que está marcada às 14horas. Mas, do choque de horário com aquele que chegou 12h30min que tinha a consulta agendada para 13horas - Não querem entender e insistem que chegaram primeiro e são prioridade. Explicamos que às vezes tem o horário, tem as prioridades para aquele horário determinado, independente da ordem de chegada. Mas, tem pessoas que já tem costume de reclamar, gostam de chegar antes para tentar agilizar. (G3P3)

A rigidez do médico diante da lista de pessoas agendadas cria barreiras para lidar com a flexibilização do horário da consulta. Assim que entram na sala para atendimento, atendem apenas aqueles que estão no estabelecimento, mesmo quando a pessoa está com a consulta agendada existem negativas, quando percebem o atraso, encaixe ou remanejamento de horário.

Muitos médicos quando entram na sala eles já não aceitam acrescentar outras pessoas. Mesmo as pessoas estando agendadas, tem que chegar no horário, senão ele não atende. Mesmo agendados não aceitam, já estavam na sala e não querem atender, é complicado - a pessoa está ali agendada, mas chegou pouco tempo depois, o médico mesmo não tendo terminado a consulta não aceita que acrescente mais ninguém, gera o embate. (G3P4)

Em relação ao tempo para consulta médica existem duas situações, a primeira relacionada ao atendimento rápido, depois de todo investimento realizado (deslocamento, tempo, espera, expectativa), a consulta é superficial e com baixa interatividade com a pessoa. A segunda, consultas demoradas, com maior aceitação, sendo mais frequente na reumatologia.

Tem pacientes que reclamam porque alguns médicos atendem muito rápido (_Nossa, esse médico hein, mal entrei e a receita já estava pronta), e tem muitos médico que demoram, na reumatologia a consulta é demorada, tem médico que avalia e precisa fazer bastante coisas durante a consulta e por isso demoram mais. Agora tem aqueles que atendem 20 a 30 pessoas em 1 hora, eles reclamam. Fica difícil intervir nesse contexto. (G3P4)

São situações complexas que revelam a centralidade das ações na figura do médico, a necessidade das pessoas em busca de atendimento, de garantia de acesso com qualidade, de estabelecer vínculos, serem estimuladas ao desenvolvimento da autonomia e autocuidado, não são completamente atendidas. Por sua vez, o trabalho dos demais profissionais e o manejo das pessoas a serem atendidas, modelam-se pela atividade do médico – ele quem decide sobre o funcionamento.

A linha do instituído é tão fortemente marcada que estratégias de novas possibilidades são inconcebíveis no contexto institucional – a mudança é depositada na esperança de encontrar alguma experiência exitosa que possibilitou a remodelagem e o desenvolvimento de ações verdadeiramente centradas na pessoa – permeável à colaboração interprofissional.

Acredito que teríamos que observar outras realidades, como funciona em outros lugares, para ver se adapta para nossa realidade. Nunca vivenciei em outra realidade para saber como funciona e mudar a nossa forma de funcionamento. (G3P1)

Aqui no município tem a policlínica central, lá o atendimento é demorado, é esse mesmo problema que tem aqui, de atendimento, de demora. O pessoal vai cedo, acho que é sempre assim. (G3P4)

Nas USF são do mesmo jeito, chegam de madrugada para conseguirem a vaga para o dia. (G3P5)

Parece que estão todos já adaptados e os serviços para poderem funcionar seguem essa mesma rotina. (G3P4)

Como é difícil mudar né, pensar em mudança em implantação de novas ações. (G3P5)

Com esse grupo reflexivo, quando emergem dificuldades em gerir a mudança, seus integrantes tendem a culpabilizar outros serviços pelo insucesso das próprias ações. Nesse encontro essa transferência do problema e da responsabilidade diminuiu de forma expressiva, mas ainda permanece. A APS continua como alvo das críticas e dos questionamentos.

Novamente eu insisto, o que mais tumultua aqui no CEADAS é a pessoa vir sem diagnóstico. Chega lá na USF e o médico olha para pessoa e já encaminha, às vezes a pessoa pede o encaminhamento e vem escrito a pedido, a pedido ele nem avaliou - tem médicos que enviam assim, parecem não ter examinado. (G3P2)

Precisariam ao menos já vir com os exames prontos. (G3P6)

Se o médico que está lá, solicitasse uma lista de exames e investigasse o máximo possível ele iria contribuir bastante. Ele sabe sim ler os exames, então avalia e encaminha com hipótese diagnóstica. A pessoa vai uma, duas, três vezes lá e a pessoa tem que pedir (_olha, não estou bem, porque não me manda para o gastro? Ele encaminha - a pedido). (G3P2)

Nesta etapa de desenvolvimento do grupo, foi realizado um convite para análise das experiências dos trabalhadores da APS na discussão e construção dos fluxogramas analisadores. A equipe até o presente momento não havia discutido um assunto que permanecia no contexto privado, a violência suscitada pelo terceiro grupo da APS motivou a fala dos integrantes do grupo e gerou aproximações dos diferentes contextos de trabalho.

A violência do usuário com o trabalhador da saúde possibilitou transparecer o sentimento extremo de insatisfação gerada pelo trabalho – o que deveria produzir acolhida, cuidado e cura, produz indignação, medo, afastamento, descuido e dor.

A violência, de fato, acontece bastante. (G3P6)

Em um município vizinho uma pessoa agrediu as funcionárias em decorrência do atendimento. (G3P2)

Aqui aconteceu casos de violência que tivemos que chamar a polícia. (G3P6)

As unidades estão precisando de segurança. Aqui no CEADAS também precisamos de segurança. (G3P7)

Aqui principalmente. (G3P8)

Aqui o médico do ambulatório apanhou até de bambu ali fora. Quando ele estava saindo derrubaram ele no chão e bateram muito nele com bambu, ali fora. (G3P2)

Aqui já foi melhor, já tivemos segurança, já tivemos atendimento melhor.

Aqui já foi bem melhor. Agora está difícil. (G3P7)

Aqui tenho a sensação de insegurança, tem pessoas que já chegam aqui surtadas, no encaixe então é onde mais dá problema. Quando a pessoa fica ali esperando um tempão e não conseguimos o encaixe a pessoa ainda pensa que nós que temos culpa. Aí é complicado. (G3P8)

Quando vamos remarcar também. Quando vamos avisar que o médico não vem temos que chamar um homem para ficar perto, chamamos o rapaz da portaria, na hora de remarcar também, sempre que vamos noticiar algo que vai desagradar fazemos isso. (G3P2)

A enfermeira da manhã, já foi ameaçada aqui diversas vezes. A pessoa está aqui e quer ajudar, mas, quando não consegue o outro ameaça, é agressivo. (G3P6)

Tem paciente que entende, mas tem alguns que não entendem não. (G3P9)

Essas situações de violência são inaceitáveis, mas, revelam a insatisfação com a realidade. São situações extremas que precisam ser analisadas e debatidas, com isso, o grupo refletiu sobre as contribuições da equipe para manutenção de um ambiente seguro – com a discussão foi possível identificar a necessidade de observar mais a situação na perspectiva daquele que precisa do atendimento, manter a escuta ativa e ser colaborativo.

Ser humano funciona assim, infelizmente, eu entendo vocês e eu entendo a pessoa (...). Vai para um lugar, vai para outro, para outro, a pessoa não sabe onde deve ir, tem hora que a pessoa fica nervosa, é ser humano, desconta em alguém. Eu trabalho aqui sei a dificuldade que é que vocês enfrentam. Mas, para a pessoa o atendimento não nada fácil (...). Um pouco eu dou razão para os profissionais, mas também vejo má vontade. Cabe à pessoa também querer ajudar, não fazer somente aquilo que está na rotina, mas. (G3P4)

O que custa ajudar? (...) pode até levar a pessoa na sala, mas, tem pessoas que não querem ajudar. (G3P5)

(...) o trabalhador da saúde tem sim que fazer sua parte, e se puder fazer mais um pouco (...). Não deu para fazer, tenta alguma solução/resposta e pronto. Vejo pessoas surtando aqui e nas unidades direto, mas, tentando acesso e a garantia do atendimento. Na unidade que frequento tem um senhor que discute direto lá porque não tem agente de saúde. (G3P4)

Nós que ficamos na triagem tem pessoas que chegam, muito bravas, querem exigir, brigam, xingam, ficamos sim com receio. Não podemos fazer nada, partimos para conversar, tentando explicar, para acalmar, não pode fazer mais nada. É complicado ficar na triagem. A maioria das pessoas querem atendimento e não querem nem saber. (G3P6)

Antes não tínhamos muitas condições, mas, o atendimento era excelente com todas as poucas condições que tínhamos o atendimento era excelente. Tínhamos autonomia para resolver o que fosse preciso, inclusive na casa da pessoa. Tínhamos apoio da enfermeira, do médico, SMS, qualquer coisa a SMS era acionada e nos ajudava. (G3P7)

O resgate da autonomia e o trabalho colaborativo com apoio da gestão, pode influenciar positivamente no atendimento. No entanto, a burocratização das ações e serviços interferem negativamente no desenvolvimento de algumas práticas.

A falta de ações que promovam a resolução do problema, falta encaminhamento preciso e com articulação adequada, baixa qualificação profissional e baixo comprometimento refletem na qualidade do serviço ofertado.

Pelo que você falou a burocratização atrapalhou o cotidiano dos serviços. Eu já trabalhei na USF, hoje em dia é tanto papel, tanto relatório, tanta coisa que você é cobrado por outras instâncias. Esse atendimento qualificado nas casas se perdeu. (G3P1)

Antes nós ajudávamos no encaminhamento correto da pessoa, discutíamos com os médicos a conduta e encaminhávamos para a unidade correta, hoje por falta dessa articulação vai para uns quatro a cinco médicos para resolverem uma situação só. (G3P7)

Às vezes a pessoa tem qualificação, mas não quer e não tem responsabilidade, porque não é comprometida com aquele trabalho. Se o profissional tem comprometimento, vai explicar onde procurar, colocar no caminho correto. (G3P2)

Os diferentes fluxogramas analisadores, permitiram processos reflexivos amplos para o grupo do CEADAS, muito além do ambulatório de reumatologia e da pessoa com AR.

Possibilitaram dialogar sobre processo de trabalho, ação interprofissional e relação entre trabalhadores de saúde e usuário. A necessidade de alterar a rotina é percebida, assim como, o interesse no uso de ações que promovam o debate, a reflexão e que viabilizem a mudança das práticas.

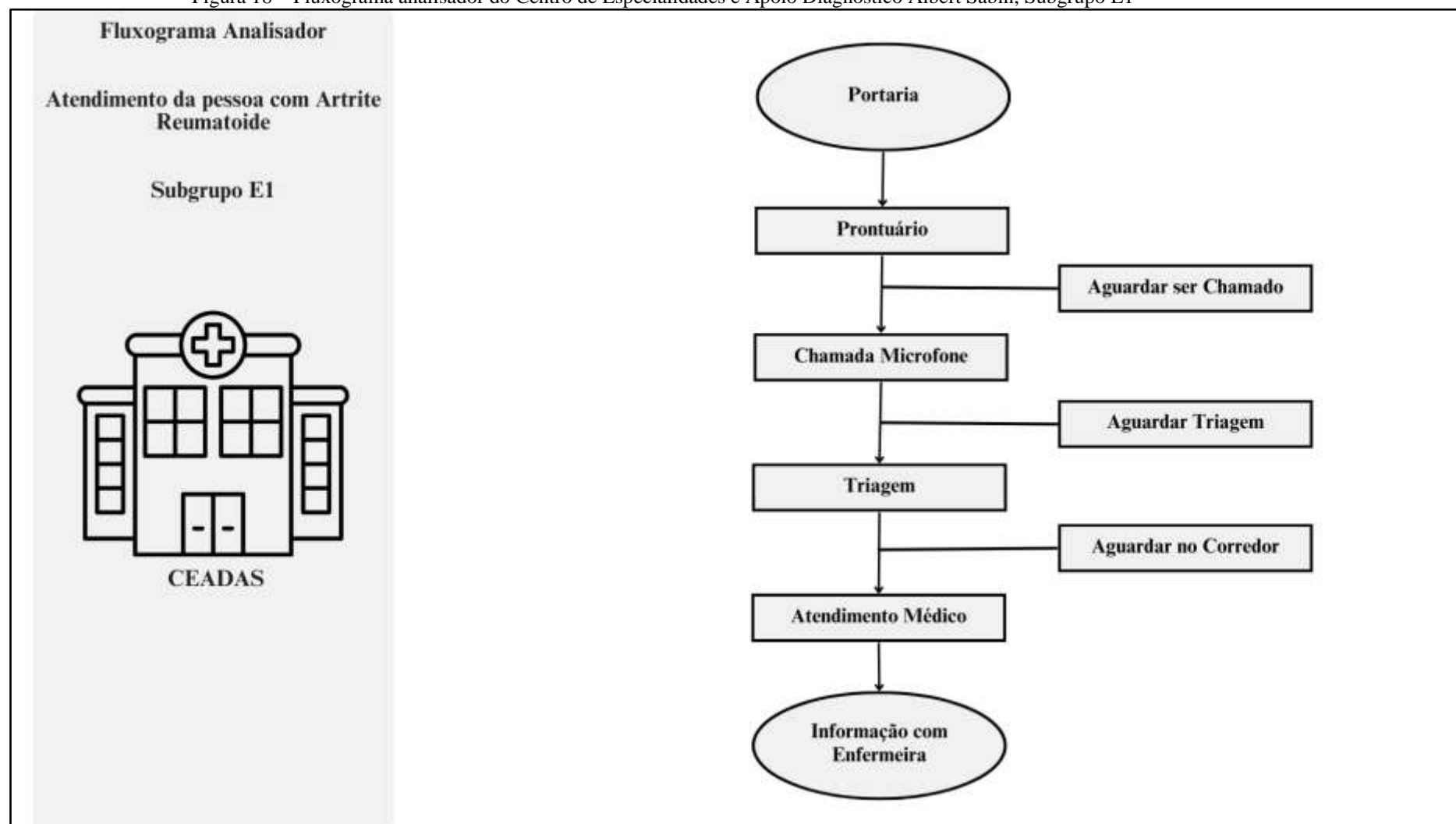
7.3.1.4 Quarto Encontro: fluxograma analisador do centro de especialidades

Neste encontro o grupo retomou as discussões do encontro anterior antes de trabalharem na consigna de construir o fluxograma analisador do CEADAS. O grupo discutiu sobre o modelo de acesso e atendimento adotado pelo Centro de Diabetes e Endocrinologia de Rondonópolis (CEDERO), elogiado por algumas pessoas que procuram a unidade, apresentando-se como um espaço diferente a ser observado. Após, o grupo dividiu-se em dois para construção dos fluxogramas com posterior apresentação e debate.

Ao observar os dois fluxogramas construídos, como entrada um grupo indicou a portaria e o outro, a fila, essa por ser representativa da dificuldade no acesso. Durante as ações, pelo menos três salas de espera foram descritas (recepção, microfone, triagem/corredor), antes da espera pela consulta do médico e atendimento com a enfermeira.

O questionamento que surge direciona-se aos não agendados e refere-se à existência de vagas (Tem Vaga?). A saída é representada pela sala da enfermeira ou agendamento. A primeira figura descreve a representação gráfica do subgrupo E1 (Figura 18), a segunda figura descreve a representação gráfica do subgrupo E2 (Figura 19).

Figura 18 – Fluxograma analisador do Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico Albert Sabin, Subgrupo E1



Fonte: Elaborada pelo grupo de trabalhadores do CEADAS e pelo autor, dados da pesquisa (2023).

Primeiro a pessoa chega na portaria, faz fila na sessão de prontuário para dar entrada no sistema, computador, depois tem que aguardar ser chamado - deu os dados, abriu o prontuário, senta e fica aguardando. até ser chamado pela equipe que fica no corredor. Quando é chamado vai para outra recepção para triagem, tem médico que solicita a realização da triagem antes do atendimento, na triagem verifica-se o peso, altura e sinais vitais. Depois da triagem vai para o corredor da sala do atendimento médico. (Relator Grupo E1)

A fila é representativa da demora, aglutinam-se na entrada e são distribuídos de recepção para recepção, como um frequente tirar linha de novelo – cada profissional vai contribuindo para o desenrolar e para que não tenha nenhum nó nessa linha no momento da consulta.

O médico vai chamando, respeitando a ordem do sistema. Depois do atendimento médico alguns precisam passar na sala da enfermeira, porque precisam fazer algum tipo de exame, lá recebem as devidas orientações. Caso o médico também fale para pessoa sobre o retorno, a pessoa também recebe uma ficha de agendamento que precisa entregar e combinar com a enfermeira como será esse retorno em um mês. (Relator Grupo E1)

O médico cria novas demandas e encaminha a pessoa para recepção ou enfermagem, com diferentes dúvidas e demandas. Como se criasse novelos para surgirem outras linhas.

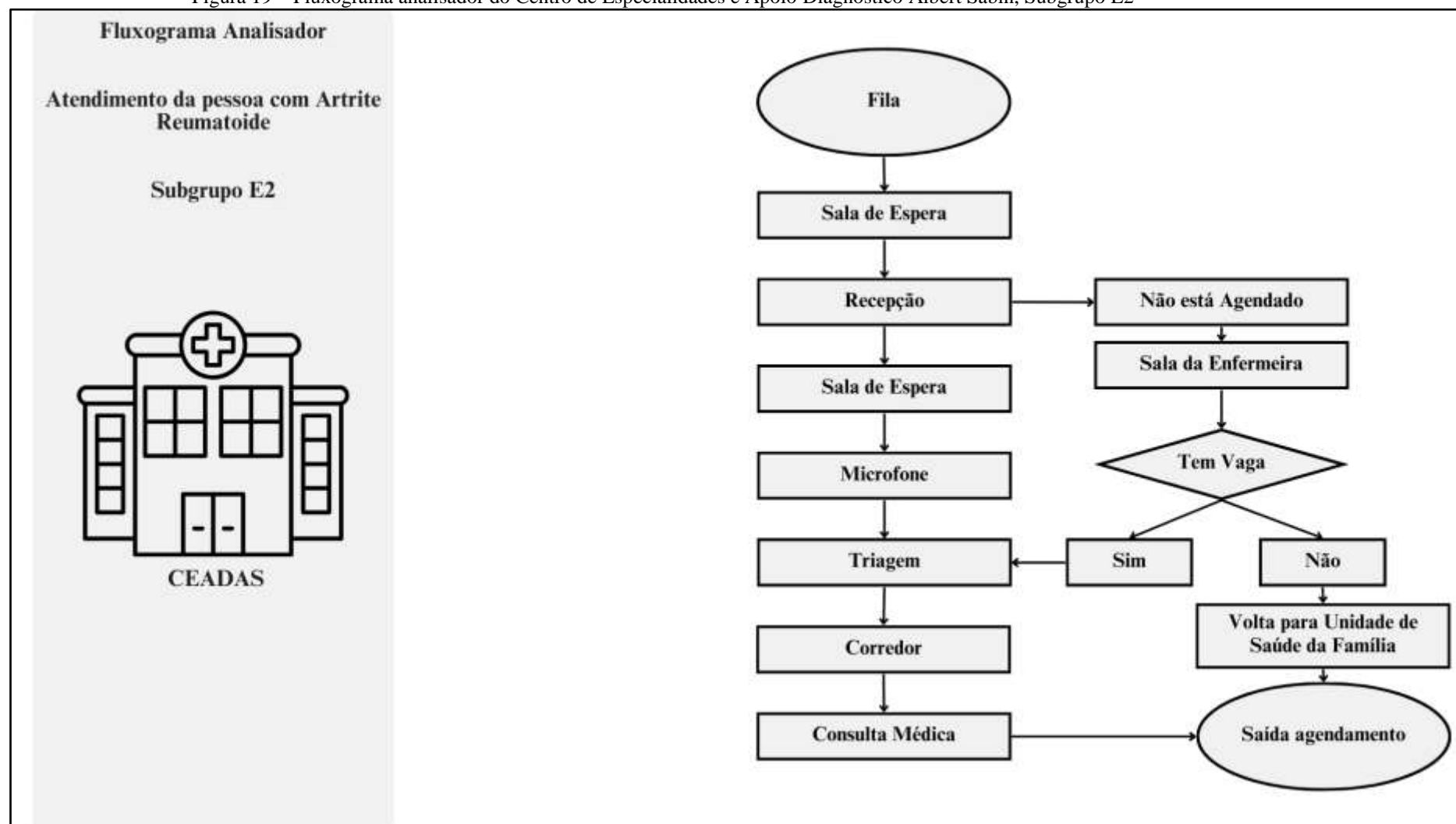
A pessoa não sabe nem para onde vai com esse papel que pede um mês de retorno, tem que ir na sala da enfermeira para ser orientado, então ela começa a fazer o que é possível para ver se consegue algum encaixe. (Relator Grupo E1)

Um processo que vai se alimento e produzindo outras consultas, exames, medicamentos, encaminhamentos não produz cuidado para pessoa e sim um produto da consulta a ser novamente operado pelos demais trabalhadores.

Essa é a nossa realidade, mesmo a pessoa ficando um mês, um mês e meio, dois meses, ou mais para conseguir a consulta, quando chega aqui tem que passar por todos esses lugares para conseguir ser atendido e lidar com produto da consulta. (Relator Grupo E1)

A expectativa de ter o problema resolvido permite que seja submetido a tanta espera, a consulta médica é tida como recompensa de tanto esforço, não só da pessoa que necessita, mas de todos os demais profissionais dos diferentes serviços.

Figura 19 – Fluxograma analisador do Centro de Especialidades e Apoio Diagnóstico Albert Sabin, Subgrupo E2



Fonte: Elaborada pelo grupo de trabalhadores do CEADAS e pelo autor, dados da pesquisa (2023).

O fluxo que desenhamos começa pela fila lá fora da unidade. Depois da fila, a pessoa entra e tem alguém da equipe na porta para organizar a fila para recepção. Às vezes não precisa ficar em pé em uma fila na recepção esperando as meninas chamarem, quem quiser pode sentar. Quando as meninas da recepção chamam no balcão, elas chamam pelo nome do médico, por exemplo, pacientes da reumatologia Dr. Fulano de Tal, as pessoas se levantam e fazem a fila no balcão da recepção, essa fila é para entregar os documentos, confirmar o cadastro, confirmar o agendamento, inserir no sistema para lista de pacientes do dia e abrir prontuário. No entanto, se chegar na recepção e tiver qualquer problema, que sempre acontece, a central de regulação sempre dá problema, precisa ir até a sala da enfermeira para resolver esse problema. Se tiver algo errado que impeça o acesso, quando não tem vaga disponível a pessoa volta para USF para novo agendamento. (Relator Grupo E2)

Com o fluxograma conseguiram olhar para o trabalho que desenvolvem e refletir sobre a trajetória da pessoa, visualizaram os diferentes obstáculos a serem superados.

Tem a vaga, volta para a sala de espera novamente que é na primeira entrada. O pessoal do corredor chama os pacientes de determinada especialidade e determinado médico, as pessoas vão para uma outra recepção, para triagem² com as técnicas de enfermagem. Da triagem a pessoa vai para o corredor para esperar ser atendida pelo médico, o corredor em que se localiza a sala do atendimento. Do corredor a pessoa vai para consulta - é como se tivéssemos três recepções, nesse percurso a pessoa já ficou aqui o dia todo, chegou aqui às 9 horas e às vezes é 18 horas a pessoa ainda está aqui. (Relator Grupo E2)

O problema é resolvido com a obtenção da vaga, passar por três recepções e esperar em cada uma delas faz com a pessoa permaneça por muito tempo no local.

Bom, vamos retomar, a pessoa passou por todo esse processo, quando o médico não chama é porque teve algum problema, quando tem algum problema a enfermeira vai até o corredor e avisa, passem na recepção para remarcar se tiverem alguma dificuldade serão encaminhados até minha sala para remarcarmos outra data. Quando não consegue marcar, tem que voltar para USF para fazer os trâmites novamente e conseguir outra vaga. Às vezes a pessoa tem dois a três meses que aguardava aquela vaga. (Relator Grupo E2)

Todos os movimentos para favorecer o trabalho do médico, a enfermeira tenta facilitar o acesso a todo momento, quando não é permitido faz outra tentativa de estabelecer nova entrada.

Após a construção dos fluxogramas o grupo iniciou um processo reflexivo, comentou diferentes situações que acontecem no cotidiano do trabalho para exemplificar os diferentes

² Triagem não como um espaço decisório, para deliberar sobre o acesso/não-acesso, mas, como pré-consulta (verificação de sinais vitais, medidas antropométricas e descrição do motivo da procura).

atendimentos prestados e indicar que existem diferenciações, que ao surgirem são particularizadas.

Olharam para a trajetória da pessoa dentro e fora do CEADAS e as dificuldades que enfrentam. O processo reflexivo gerou dois eixos de análise: vaga, falta de comunicação e falta de amor; satisfação com atendimento e responsabilização profissional.

As vagas são objeto de disputa, resolução de problemas, conquistas – manuseá-las e permitir o acesso é uma forma de lidar com as regras – uma das frentes de manutenção do instituído é o controle exercido diante do aceite ou negativa do acesso.

Tem pessoas que ficam esperando lá na USF e não tem vaga. E aqui para algumas especialidades constando no sistema disponibilidade de vaga. (G4P3)
 Veio uma pessoa aqui em busca de vaga, perguntando se tínhamos vaga de encaixe para uma das especialidades, disse que na USF não tinha vaga, já estava com os exames todos prontos para a consulta e não tinha vaga. Quando acessamos o sistema tinham vaga pela central de regulação. (G4P4)
 Esse médico especialista, que fez o atendimento dessa família aqui, atendeu dois pacientes - como não temos vaga? Ou é má fé, ou é falta de saber manusear o sistema. (G4P5)
 Falei com pessoa, se tivessem me falado antes me procurado antes já teria feito a consulta faz muito tempo. (G4P3)

O grupo relata que a vaga às vezes exista, mas, a falta de comunicação faz com que ela não chegue até a pessoa que precisa, demonstram assim, falhas na regulação do acesso.

(...) isso não está nada certo. Falta envolvimento e comunicação mesmo. A pessoa esperando faz um tempão e nada de vaga, vem aqui é atendida porque para determinadas especialidades temos vagas sim. (G4P5)
 Falta de fato comunicação e articulação entre diferentes serviços e desses com a central de regulação. (G4P3)
 Tem um senhor que foi em uma unidade perto da minha casa, ele é meu vizinho e a esposa dele morreu de COVID-19, cheguei na unidade e ele estava lá, quando estávamos no balcão a recepcionista falou, que bom que você veio tem uns exames da sua mulher que chegaram, você já leva. Ele olhou para mim com aquele olhar de tristeza, quando eu disse, olha a esposa dele já faleceu. (G4P1)
 Essa é a realidade, está faltando mais atenção, amor. (G4P2)
 Sim, está faltando mais amor ao próximo. (G4P1)

A falta de respostas no tempo em que a pessoa precisa, aliada a falta de comunicação e ao distanciamento que tanta negativa e não acesso provoca, remete à falta de empatia e afetividade – a falta de amor a que se referem, conecta facilmente à responsabilização e auxílio às pessoas em experimentarem o alcance às necessidades de saúde – inclusive de boas condições de vida, estabelecimento de vínculo, acesso e nas escolhas do modo de andar a vida.

Mesmo com a identificação das fragilidades e todo debate gerado referente às dificuldades encontradas por inúmeras pessoas que chegam ao CEADAS, os trabalhadores relatam os estímulos que recebem quando os usuários demonstram satisfação com atendimento.

Tinha um senhor, já estava quase saindo, voltou e falou para mim ali na frente da unidade, já era quase 18 horas (_valeu muito esperar todo esse tempo, a consulta foi muito boa, fazia tempo que eu havia recebido um atendimento bom como esse). (G4P4)

Sim, muitos falam assim, demora, mas pelo menos está atendendo bem e a consulta aborda tudo. (G4P2)

Tem um grupo de médicos aqui que as pessoas falam assim, consigo nomear todos eles e vocês também. São muito elogiados pela paciência, atenção e despreocupação com o tempo de consulta, fazem o que é para fazer. (G4P5)

A disposição para o trabalho em equipe, a disponibilidade em estabelecer vínculos e gerar satisfação, redireciona a centralidade do médico para pessoa, nesse movimento individual que se coloca em prol da coletividade.

Discutir o processo de trabalho e poder olhar para as diferentes instituições permitiu a valorização do espaço do grupo como ambiente de reflexão da prática para oxigenar novas estratégias e possibilitar mudanças. Os encontros, além de possibilitar um melhor entendimento frente a produção do cuidado no contexto da pessoa com AR, possibilitou outras linhas de análise. Favoreceu a não culpabilização do outro pelo problema, para assumirem também para si, a responsabilidade frente às negativas ou barreiras no acesso.

Eu no início dos encontros falei bastante, e questionei (_Por que lá não faz de determinada forma), mas, hoje eu percebo que temos bastante falha e que lá também eles devem enfrentar problemas que nem imaginamos. Por mais que eu já tenha trabalhado em uma USF hoje é diferente. O que acontece é que a gente vê a dificuldade da gente e imagina a dificuldade do outro. (G4P6)

Ter momentos assim que podemos conversar é muito importante porque aprendemos enquanto discutimos, seria tão bom se tivesse toda equipe. A impressão por viver aqui diariamente é de que tudo é normal, esse espaço é muito bom para refletir em conjunto o trabalho que é desenvolvido. (G4P1)

Eu gostaria muito que todos participassem para eu questionar por que muitos deixam de fazer o serviço e empurram para outras pessoas da equipe. (G4P7)

Para mudar algo tem sim que partir da reflexão, o bom seria a continuidade e ampliação desses encontros. (G4P3)

Isso, é importante olharmos para o nosso defeito e refletir sobre ele, tentar organizar a própria conduta. Depois dividir com o outro e adquirir experiências. Não sei se minha opinião é interessante, mas crescemos muito dividindo assim. (G4P4)

Para fazer direito tem que ser em equipe, com a participação de todos. Não adianta eu querer utilizar essa sala, se antes alguém não abriu a porta, organizou, manteve limpa, permitiu que eu utilizasse, pactuou o uso. Com isso todos somos muito importantes. (G4P6)

Refletir a prática possibilitou exercitar a empatia e saber ouvir a pessoa, ter paciência com o outro e entender o problema, para tentar reconstruir e agir de forma diferente. Sempre acolher bem e acolher bem aquele que nos procura. Precisamos dar o nosso melhor e entender que todos tem dificuldades. (G4P9)

Processos reflexivos construídos com o grupo no contexto da pesquisa, imergidos no processo de análise dos dados que surgiram no decorrer do processo, permitiu ampliar a perspectiva de análise, além de promover processos de intervenção à medida em que a pesquisa avançava.

7.4 Perspectiva dos gestores sobre diferentes elementos produzidos na pesquisa

O primeiro encontro com grupo gestor aconteceu no CEADAS, contou com seis participantes para realização do grupo reflexivo. Ocorreu após a apresentação do itinerário terapêutico de Vernônia – a consigna para discussão foi produção do cuidado no contexto das pessoas com AR.

O CEADAS é referência especializada para pessoa com AR, é vinculado ao Departamento de Atenção à Saúde e diferente de outras unidades de saúde (como centros de saúde, policlínicas e unidades de saúde da família), possui coordenação própria. A ação da equipe de gestão incide essencialmente em atos burocráticos e administrativos. Os agentes dessa equipe são seis, atualmente são três assistentes administrativos e três enfermeiras.

Os instrumentos materiais do trabalho compõem todo arsenal administrativo, computadores, atas, sistemas de computadores, editais, escalas de trabalho, estão alocados em uma das salas do próprio prédio assistencial. Os instrumentos não-materiais em especial permeiam pela gestão dos contratos dos trabalhadores, escala de trabalho, acompanhamento da produção e frequência; gestão da agenda e regulação das vagas.

Na coordenação de enfermagem tem quatro membros, além das duas enfermeiras que estão diretamente ligadas à coordenação. Ao todo então são seis pessoas. A intenção no CEADAS é que a equipe de coordenação fique o mínimo de tempo na sala da coordenação e passe mais tempo na unidade como um todo. (GG1P3)

Tem uma que cuida da limpeza, dos administrativos e vigilância (...), outra que cuida das agendas médicas e vida funcional dos efetivos. Outra que também cuida da equipe de administrativos e terceirizados (ponto, contratação, fluxo administrativos), outra faz alguns memorandos, relatórios e também é fiscal de contratos. Tem as enfermeiras que cuidam das questões da enfermagem. E tem a coordenação geral que permeia por todos esses outros serviços. (GG1P4)

As ações administrativas são referidas como objeto de cuidado dessas gestoras, a produção que permeia esses espaços de gestão são de atos burocráticos, as três assistentes administrativas tem pouco contato com os usuários, assim como a enfermeira que assume o cargo de coordenadora; as duas outras enfermeiras apresentam maior contato, no entanto não desenvolvem a clínica.

A gestão quase não tem contato com as pessoas com AR. Lembro de um caso que uma senhora queria que liberasse a agenda da médica (...) a agenda não poderia ser liberada, era chamamento público e as agendas de chamamento público foram liberadas só mais tarde, tudo em decorrência do empenho. (GG1P3)

Essa senhora tinha as mãos bem comprometidas, em termos de mobilidade, o receio dela era de que a outra mão também tivesse comprometimento de mobilidade. (GG1P4)

O que aconteceu foi que ela sabia do período que ela precisaria agendar e consultar, no entanto, quando ela veio agendar ela não conseguiu agendar com a mesma médica que fez o entendimento anterior, ela queria continuar, por esse motivo ela veio aqui para ver se tinha como, se a liberação de agenda seria demorada. No final, teve que passar com outra médica. (GG1P1)

Com linguagem própria o grupo transitou a fala pela pactuação do número de vagas, gestão de contratos, carga horária, vinculação do profissional médico e ações para garantir o funcionamento da instituição.

A equipe de gestão que determina a quantidade de vagas, mas, já tem alguns combinados. Os concursados devem fazer 240 consultas por mês, são 60 consultas semanais. Tem uma certa diretriz que seriam 12 no intervalo de 4 horas, com vinte horas semanais, dá 60 (...) tem os contratos do chamamento público (...). (GG1P1)

O chamamento público tem um edital, esse edital e ele tem um termo de referência que contém as especificações de qualificação, tem as especialidades que precisamos, geralmente são especialidades que o município não conta no quadro, não é suficiente, publica o edital, ele fica vigente, não precisa ter uma data de fechamento. Quem se interessar, se credencia (...). (GG1P2)

Mas, tem também o interesse. Quando ele se credencia a gestão municipal tem que demonstrar o interesse. Quando o contrato está ok, avisam a gestão do local para realizar o empenho. O empenho é a reserva financeira (...). (GG1P3)

A construção da agenda foi explicitada, situação que permitiu entender parte das preocupações geradas com o surgimento da vaga, existem acordos e repasse financeiro ao trabalhador que é vinculado. O trabalhador nessa fragilidade de vínculo, transforma-se em pessoa jurídica e rompe qualquer perspectiva de relacionamento e acompanhamento com a pessoa a ser atendida.

A finalidade do trabalho ao invés de cuidar das pessoas de forma longitudinal, com vistas ao estabelecimento de vínculos, responsabilização e acompanhamento, passa a ser a gestão do número de vagas acordadas para garantia do repasse financeiro à sua empresa que o representa.

Nessa condição, não se estabelece uma relação entre médico e pessoa com determinada condição a ser considerada, mas, uma relação entre empresa e capacidade de produção.

Voltando às agendas, na reumatologia não dá para fazer um número grande de consultas, não conseguem fazer também consultas rápidas. Pelo chamamento dá para jogar 300 consultas, mas não dá para fazer tudo isso, mas já foi feito chamamento público para 300 consultas. Mas geralmente concursado e contratado é em torno de 240. Já o chamamento é conforme o que eles repassam no contrato. Não adianta ter o contrato muito pequeno ou um muito grande, geralmente negocia a agenda antes. (GG1P1)

Tem médico que atende todo dia 12 pessoas, tem médico que atende 15 pessoas em quatro dias, tem médicos que atendem 20 pessoas em três dias e tem médicos que atendem 30 pessoas em dois dias. Mas, não tem ninguém que faz tudo em um dia. (GG1P2)

Tem a agenda que é separada para o CEADAS também, isso que é preciso diminuir, antes eram muitas vagas que ficavam no CEADAS, mas, sabendo que o fluxo ocorre pela USF isso tem que diminuir. (GG1P5)

Estamos falando de menos de 20% das vagas. Se por exemplo o médico oferta 240 vagas, 40 são reservadas para o CEADAS, 200 são enviadas para central de regulação. (GG1P1)

O CEADAS, as USF e a central de regulação são um tripé que mantém e organiza as agendas e o acesso. O combinado foi desse tripé se atentar para demanda reprimida, repassar mais vagas para às unidades que tem uma maior demanda reprimida. (GG1P5)

Mas a central de regulação distribui pelo quantitativo de vagas em relação ao quantitativo de unidades. (GG1P1)

O fluxo é: 1) central de regulação recebe a agenda; 2) central de regulação divide as vagas para as unidades de saúde que irão preencher as vagas; 3) as unidades preenchem a tabela com os nomes e enviam para central de regulação; 4) a central de regulação lança no sistema, o mesmo utilizado pelo CEADAS. (GG1P2)

A gestão do acesso é prejudicada, visto que os sistemas de informação não são compatíveis para troca de informações.

O ruim é que os sistemas, até então, não se conversam, acho que não conseguem migrar as informações. Acho que vai ficar e-SUS, e-Gestor e SISReg. O CEADAS não utiliza o e-SUS, só utiliza o e-Gestor. Quando implantar o SISReg, já foi enviado solicitação de senha, acredito que servirá para agenda. (GG1P5)

Quando se observa a lista dos faltosos, dá para ver algumas pessoas que faltam em um dia, mas, são atendidas em um outro dia. Às vezes é erro no sistema, a pessoa chega aqui com tudo certo, mas, o nome não aparece na lista. Se tem falta no dia a pessoa é inserida, caso agenda lotada a pessoa aguarda,

difícilmente sai sem atendimento (a não ser que tenham muitos encaixes), a pessoa espera até uma hora, a depender da especialidade para sabermos se vamos conseguir encaixar ou não. (GG1P2)

A ação dos trabalhadores da enfermagem e medicina foi discutida no grupo, assim como a captura que sofrem pelos atos burocráticos.

Em relação ao trabalho vou começar pela enfermagem. No CEADAS a enfermagem é puramente administrativa, ficam o tempo todo gerenciando: agendas; médicos que não carimbam a receita; nome errado do usuário (formulário de alto custo não passa porque já tem cadastro); resolvem questões burocráticas, o serviço das enfermeiras é muito administrativo e burocrático nesse ambiente. Falta consulta de enfermagem e algumas questões clínicas a enfermagem conseguiria sim trabalhar. (GG1P1)

No CEADAS a enfermagem gerencia equipe para não ter setores descobertos, para garantir a rotina principalmente quando ocorre alguma mudança que altere o funcionamento normal. Desenvolvem a parte burocrática, mas, pouco desenvolvem a clínica, procedimentos, consultas de enfermagem. (GG1P5)

A enfermagem do CEADAS precisa desburocratizar e a intenção é ter mais enfermeiros para lidar com essas outras demandas, além das demandas administrativas. Nessas outras demandas poder construir protocolos, treinar a equipe, acompanhar procedimentos, realizar consultas. (GG1P3)

As enfermeiras fazem bastante barreira para não ficar chegando as coisas na coordenação (...). Só quando tem alguma situação que é mais complexa, que precisa de maior respaldo, que vai para coordenação geral.

O trabalho do médico foi avaliado pelo grupo, relataram a forma mecânica e centralizadora de atendimento, sem perspectiva de longitudinalidade, responsabilização e criação de vínculo, não pela totalidade, mas, para maioria dos trabalhadores. Na reumatologia, indicam a inclinação para um trabalho interprofissional e que se destoa pelo acompanhamento da realidade do CEADAS.

Quanto à parte médica, alguns entendem o CEADAS como consultas especializadas básicas, atendimento e liberação, não observam como um espaço de acompanhamento. Algumas especialidades já conseguem ver como algo a mais, com acompanhamento e trabalho multiprofissional. Dá para perceber que na reumatologia sente falta de uma abordagem mais integral em relação ao cuidado, mas, nas demais não - meu trabalho é esse e as outras demandas outros resolvem. Falta sim uma integração. (GG1P3)

Aqui no CEADAS o serviço é medicalocêntrico mesmo, a pessoa vem e tem a consulta dela, o exame e a receita, o processo de alto custo. Até as pessoas que retornam a cada três meses não é para acompanhamento, é para não vencer o processo e interromper o uso do medicamento. (GG1P1)

Reconhecem as fragilidades nas dimensões cuidativas, de desenvolverem ambulatorios que sejam mais permeáveis à interprofissionalidade, mas, acrescentam a barreira da contratação

de novos membros da equipe, além de indicar a finalidade atual da gestão, garantir cordialidade, reduzir os problemas, diminuir os ruídos relacionados às reclamações e facilitar o fluxo das pessoas na unidade.

Nunca tentaram agir de forma mais interprofissional, não sei avaliar com precisão porque nunca foi feito aqui. Não tem assistente social, não tem mais psicólogo. Se tivesse alguns ambulatórios de atendimento multiprofissional seria bom, mas, acredito que isso não vá acontecer porque não tem previsão de contratação. (GG1P1)

É esperar para que as pessoas sejam sempre bem tratadas, tenham menos problemas e os ruídos e fluxos sejam resolvidos. (GG1P5)

O segundo encontro com grupo gestor contou com seis participantes para realização do grupo reflexivo. Ocorreu no departamento de atenção à saúde da SMS após a apresentação do itinerário terapêutico de Vernônia, síntese das discussões dos fluxogramas analisadores da APS, síntese dos encontros com o grupo do CEADAS, síntese do primeiro encontro com grupo gestor – a consigna para discussão foi a produção do cuidado no contexto das pessoas com AR.

A discussão do grupo perpassou pelo reconhecimento dos problemas, necessidade de estimular processos formativos e investir em projetos inovadores que trarão resultados favoráveis. As gestoras explicitaram não ser novidade o que acontece no itinerário terapêutico e fluxogramas analisadores das unidades. Assim como reconhece os problemas levantados em algumas sínteses.

O que você traz do itinerário e do fluxograma não é algo que a gente não conheça ou que a gente não saiba (...). Fragilidade em relação à muitos profissionais das USF terem essa visão fragmentada do sujeito e de não responsabilização - de uma atenção reativa e não proativa, desse cuidado que não é longitudinal. São barreiras difíceis da gente ultrapassar, mas, que a gente tem olhado e tentado trabalhar nesse sentido. (GG2P1)

Dá para entender o itinerário terapêutico e o fluxograma analisador, dá para entender os problemas e a gente reconhece todo esse movimento, não sei o que é pior reconhecer essa fragilidade do sistema ou do serviço que a gente presta, porque dá um pouco de vergonha, e um pouco de impotência. (GG2P2)

Além de reconhecer os problemas, indicam a formação profissional como base para superação dessa realidade. Aqueles que investem em processos formativos conseguem desenvolver, de forma mais facilitada, o trabalho na perspectiva da responsabilização e longitudinalidade.

(...) é nítida a carência formativa (...) tem essa questão em relação às equipes, a maioria deles tem esse déficit na formação e a atenção básica é muito

complexa. Na atenção básica você lida com atendimento de pessoas com diferentes situações de saúde que solicitam diferentes habilidades e conhecimentos (...) com isso o profissional precisa se debruçar para entender quem é a população, que dentro a população tem pessoas com AR e o profissional precisa buscar conhecimento para poder atendê-la. (GG2P4)

Eu antes de vir para secretaria estava em uma unidade que tinha um médico fazendo especialização em reumatologia, era totalmente diferente porque ele lidava com essas condições de forma diferente, fazia investigação diagnóstica, recrutava essas pessoas para ele atender. (...). Mas, não tinha muita contrapartida da enfermagem (...), o cuidado de enfermagem para essas pessoas não existia, e sim, a abordagem médica. (GG2P5)

Investimentos foram realizados e serão retomados com a recomposição do quadro de gestores, incompleto em decorrência de afastamento, transferências e exonerações, o departamento de atenção à saúde está funcionando com a capacidade mínima em relação ao quantitativo de gestores.

O que aconteceu nesse ano, muitas mudanças no departamento: licença maternidade, exoneração, total esvaziamento, poucas pessoas para 64 equipes e a equipe de gestão em si, não foi repostas. Junta o PlanificaSUS, o projeto de sífilis do Ministério da Saúde, às respostas aos outros departamentos que também estão aqui na secretaria. Tem também os empenhos, atas, fiscais de contrato, gestão de conflitos que é o que mais toma o tempo como gestor hoje em dia. Como estar dentro das unidades nesse contexto? (GG2P4)

Uma iniciativa exitosa que foi interrompida por dificuldade na contratualização do profissional foi a estratégia de matriciamento ofertada por uma médica reumatologista e um médico cardiologista às equipes da APS.

(...) em 2021 nós começamos a montar o matriciamento. Olhamos para nossa fila de espera das nossas unidades, para a demanda reprimida e pudemos enxergar uma demanda muito alta de reumatologia e de cardiologia. Com isso dois profissionais especialistas foram convidados para em conjunto conosco mapear as unidades (...), pedíamos que separassem todos os prontuários das pessoas que estavam na fila para agendamento (...) com isso conseguia evitar esse chegar lá na especialidade (...) por uma questão de fragilidade de contrato, esses profissionais acabaram saindo da RAS e os que ficaram precisou demandar um esforço maior centralizados no ambulatório para atender a demanda. (GG2P1)

Esses médicos que estavam fazendo o matriciamento tinham uma outra visão e realmente entendiam da importância do trabalho interprofissional, da participação ativa dos vários profissionais, eu acredito que se estivéssemos continuado e conseguido dar continuidade nessa estratégia de matriciamento, esse médico especialista iria sim falar com toda equipe, para de fato ter uma mudança e teríamos tido sim alguns ganhos, já tivemos alguns ganhos mesmo com tão pouco tempo de atividade. (GG2P3)

Outra estratégia, em desenvolvimento, no entanto com capacidade de experimentação e intervenção reduzida, principalmente em decorrência da pandemia por COVID-19, são as ações do PlanificaSUS, liderada por uma equipe de facilitadores responsáveis em disparar processos de intervenção com as equipes, implementando em especial, estratégias de gestão do cuidado.

O PlanificaSUS está no município desde 2019, a visão da realidade foi modificada nesse período, até mesmo se observarmos o local de inserção nossa no decorrer desse processo. O Planifica é uma metodologia para reorganizar o processo de trabalho, acho interessante as equipes valorizarem essa metodologia. (GG2P1)

Planifica que é algo que estávamos apostando muito no começo do ano, já tínhamos feito um diagnóstico, já tínhamos verificado que o Planifica era aquilo que nos ajudaria a tentar reorganizar e plantar uma sementinha para eles tentarem sair desse apaga fogo: respira, planeja e tenta voltar para ver o que dá para ser feito. Só que nos deparamos com diversos obstáculos (...), fazer esse papel de convencimento com nossos gestores maiores. Em relação não só ao PlanificaSUS, mas em relação ao matriciamento também. (GG2P3)

Estratégias de reorganização do processo de trabalho como matriciamento e o PlanificaSUS desafiam o instituído e tentam criar novas possibilidades de trabalho, são forças instituintes que a todo momento são desafiadas e capturadas pelo instituído para não o desestabilizar.

A equipe de gestão com toda essa vontade de transformar não é reconfigurada, o PlanificaSUS avança em passos lentos. Os médicos que estavam desenvolvendo a ação de matriciamento tiveram seus contratos reeditados para serem realocados no CEADAS e atenderem a demanda reprimida por meio de consultas, assim como os demais médicos especialistas.

O grupo, além de um espaço de reflexão e pesquisa, permitiu o resgate de estímulos para o enfrentamento dos problemas, fortalecendo inclusive a necessidade de permanente convencimento dos diferentes atores envolvidos com o processo de mudança, para que as transformações aconteçam.

Em relação aos elementos que demarcam o atendimento em saúde às pessoas com AR após a realização dos dois grupos com os gestores foi possível perceber: dificuldade de organização do acesso, burocratização do sistema, transformação do médico em fábrica de vagas e consultas, sequestro da autonomia dos outros profissionais da saúde, esvaziamento das forças que potencializam processos instituintes.

7.5 Implicações como pesquisador *in-mundo* e trechos de algumas andanças

A elegibilidade da reumatologia, AR, serviços de saúde e gestão como espaços de investigação foram aos poucos se constituindo pelo entendimento da realidade política, do contexto pandêmico por COVID-19, reconhecimento da realidade enfrentada pela pessoa com artrite reumatóide, conhecimento do sistema municipal de saúde de Rondonópolis-MT – todo esse conjunto fomentou em mim a tendência de olhar pelas angústias.

A origem dessa angústia, além de todos esses apontamentos acima adquirido na vida adulta, ocorreram um pouco antes, como já dito no início – ao observar o funcionamento da reumatologia como especialidade, nas consultas com uma tia. Um pouco disso, permeou a minha constituição como sujeito, professor, pesquisador, enfermeiro.

Ao me deparar com o contexto da pesquisa e com diferentes possibilidades investigativas, as angústias se juntam, nessa união em um ato que assume a inexistência da neutralidade científica, surgem caminhos possíveis de reinvenção e reescrita. Ao me observar na experiência da presente pesquisa, tomo ciência da minha implicação e também das modificações e transformações vividas, “(...) o observador está sempre implicado no campo de observação, e a intervenção modifica o objeto (...)” (PASSOS; BARROS, 2015, p. 21).

Durante a qualificação da pesquisa de doutorado, após demonstrar todo material reunido para avançar nos processos investigativos, fui motivado a me afastar de todo um aparato que consegui reunir, acumulados como pesquisador, para olhar atentamente a realidade. E nela perceber e permitir-me impregnar pela pesquisa.

Nesse caminho, parei para projetar esses diferentes olhares e pude contar com o auxílio do diário de pesquisa, instrumento que possibilitou reflexões acerca das situações da vida como pesquisador no mundo. Com isso, no mundo – *in-mundo*, “na perspectiva da constituição do sujeito pesquisador no mundo (...) a implicação é intrínseca à produção do conhecimento”(ABRAHÃO et al., 2016, p.22).

A construção do diário de pesquisa tomou uma dimensão não esperada: nos momentos da pesquisa em que a projeção dos olhares era o foco principal para gerar essa impregnação contextual, sua produção foi mais intensa; nas etapas que algum outro produto era previsto, sua produção foi mais tímida, assemelhando-se à uma síntese.

À época da residência e do mestrado, como elemento disparador do processo de ensino aprendizagem me solicitavam em diferentes momentos a elaboração de narrativas, com o modelo que haviam adotado para construção do processo de ensinagem, naquela época, com as narrativas eu fui elaborando portfólios, sínteses, diário de pesquisa – os elementos da

construção textual se assemelhavam.

Situação tão marcada na minha trajetória de aprendizagem que recorri a ela em diferentes momentos do campo profissional – como professor rotineiramente solicito, em especial aos pós-graduandos das residências, narrativas. Para mim elas têm a potencialidade de sintetizar a realidade e colocá-la como possibilidade de análise.

O diário de pesquisa construído, inicialmente foi tomando o contorno de notas soltas, rabiscos em cadernos, e-mails e mensagens de celular – como numa modelagem, fui aperfeiçoando a escrita e consegui a forma que queria, ao retomar as tessituras de narrativas.

A construção colocou o diário de pesquisa refém desse “diário de narrativas”. Sem entrar em detalhes do que vem a ser uma narrativa para quem compartilhou comigo percursos formativos, a que nomeio como tal, é um texto, que expressa um conteúdo a ser compartilhado, que convida à reflexão e dialogia.

Foram inúmeras narrativas, quando parei para reunir todas em um único documento, algumas me convidavam retomavam as angústias, em outras a escrita era confusa, a mensagem não fluía, ou, o tempo já era outro, não fazia mais sentido. Outras, pareciam ter emergido da atualidade e representavam exatamente aquilo que eu pretendia expressar para demonstrar e questionar minhas interlocuções.

Decidi revisitar o conjunto escrito e selecionei dentre todas, aquelas que gostaria de compartilhar. Todo arcabouço do diário de pesquisa, permeou algumas notas no celular, cadernos, alguns continuam como arquivos no computador, uma virou conto e foi para no XV Concurso Nacional de Contos de Araraquara (sem premiação), retratava alguns desconfortos com a pandemia de Covid-19.

Com diário de pesquisa, carrego uma estranha sensação de permitir o compartilhamento, como se diferentes interpretações que geralmente me habitam pudessem criar formas e se colocarem em vitrine para análise. Material a ser compartilhado, que recortei fragmentos para esse texto.

O diário também foi composto como ferramenta para análise das implicações e possibilitou um espaço de ruptura com estruturas acadêmicas rígidas, das quais também pretendo destoar. O diário de pesquisa, foi se constituindo como uma atividade mais que prevista, necessária.

Do diário também foi retirado um texto e demonstrado para equipe do CEADAS, apresentado aqui na íntegra no decorrer da descrição de outra etapa da pesquisa. Aqui, alguns trechos abaixo retratam os movimentos que realizei e que se destacam das “narrativas” para também favorecer a análise do meu processo de imersão no campo de pesquisa.

O primeiro trecho retrata as facilidades em entrar no campo de pesquisa por ser docente da Universidade Federal de Rondonópolis, situação que me colocava em contato constante com os gestores da secretaria, seja em projetos ou em alguma discussão de alocação de estudantes em campo de prática.

Estranhezas que surgiram, também relacionadas à gestão, foram descritas: sala de estatística, estruturada para gerar a produção do serviço, não aproveitada em toda sua potencialidade; gestão não participativa, deslocada do cotidiano – situações que estimulam falas e sentimentos de não pertencimento frente aos processos decisórios.

Conhecia a diretora de outro espaço, Programa de Educação Tutorial da Universidade Federal de Rondonópolis (...). Nossa conversa partiu dessa experiência, que estimulava ações interprofissionais em saúde e a intersetorialidade, o que demarcou uma inserção facilitada para mim e uma breve e produtiva pactuação para início da pesquisa e circulação pelas unidades de saúde do município. (“Narrativa”: SMS, diário de pesquisa, dados da pesquisa, 2023)

Ao chegar, manifestei meu contentamento ao vê-la ocupando o cargo de gestão daquele serviço (...). Conversamos sobre a pesquisa, apresentei a ela os objetivos, métodos, cronograma e solicitei o e-mail para enviar o ofício que me colocava em campo como de pesquisador e aluno, não mais como professor ou coordenador de curso. (“Narrativa”: Gestora do CEADAS, dados da pesquisa, 2023)

Na primeira inserção, para aproximar-me do campo de pesquisa e realizar as pactuações necessárias para realização da pesquisa, conversei com a gestora da atenção à saúde e com a coordenadora do CEADAS. No entanto, antes de retornar em campo no mês de janeiro, acessei o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) para verificar o nome de alguns profissionais e entrar em campo mais confiante. Ao fazer a consulta no CNES percebi que a gestão da unidade havia mudado, assim, em mim gerou uma série de incertezas e insegurança em relação à continuidade das ações caso não entrasse em contato com a gestora atual. Dessa forma, contatei a gestora e agendei uma reunião (...). Conhecia a atual gestora, o primeiro contato que tive com ela foi em uma banca de Trabalho de Conclusão de Curso (...). (“Narrativa”: Nova gestora, 2023)

Algumas perguntas ficaram ecoando na minha mente a todo momento e se relacionavam com o motivo pelo qual essa equipe de estatística não se articulavam com os demais trabalhadores do serviço, poderiam se juntar à equipe de gestão para potencializar os processos gerenciais da unidade. Também imaginando o impacto positivo que teria o setor em expandir suas ações e absorver outras demandas que sobrecarregam profissionais que se encontram quase que em desvio de função - pela sobrecarga de encargos administrativos (a exemplo das enfermeiras). (“Narrativa”: Sala de estatística, 2023)

(...) de certa forma a gestão vem se afastando cada vez mais da realidade dos serviços, a presença física para análise, avaliação e intervenção de forma coletiva, deu espaço aos relatórios de gestão e ao cumprimento de metas - a impessoalidade adentrou aos serviços de saúde e corrompeu a gestão para uma atitude burocrática que preenche os olhos da mídia e da oposição. A ausência de reuniões de gestão dentro do serviço, para reflexão sobre a prática e tomada

coletiva de decisões, pode interferir negativamente na construção desse entendimento e por não se perceber pertencente à estrutura gestora, capaz de mobilizar pessoas para um processo de análise crítica da realidade e intervenção. (“Narrativa”: Quem deveria fazer gestão não faz..., dados da pesquisa, 2023)

Outras “narrativas” emergiram no contato com os trabalhadores, seja por querer entender o papel que desenvolviam ou por concordância/não-concordância com algum aspecto que os aproximavam/afastavam das situações julgadas por mim como essenciais para o trabalho na saúde: responsabilização, disponibilidade, manutenção da escuta ativa, vínculos, abertura para interprofissionalidade.

Para organizar melhor o início de suas atividades, verifica se está tudo certo na recepção, se elas estão preparadas e em seus postos de trabalho para receber a fila, conversa com a enfermeira para verificar se necessita realizar algum procedimento específico e fica observando os auxiliares administrativos encarregados de distribuir as salas para atendimento. Quando visualiza que algum médico chegou e já se dirigiu à sala, solicita que todas as pessoas se posicionem em fila no balcão. Depois disso, orienta o local e indica os procedimentos realizados até o momento da consulta. (“Narrativa”: O porteiro, dados da pesquisa, 2023)

Estava “navegando pela internet”, visualizando coisas aleatórias e reclamou, dizendo que não gostava dessa situação, não enxergava perspectivas de melhoras, a não ser voltar a atender pelo número de consultas, assim, poderia sair para retomar o atendimento de seus pacientes do consultório (...). Isso me causou sentimento de desesperança e percebi que estudantes que estavam ali acabavam reproduzindo a mesma realidade e não se movimentavam. (“Narrativa”: A profissional de Saúde fazendo hora, dados da pesquisa, 2023) Sua presença (...) é permeada por um processo de observação atenta, inclusive conversa com as pessoas que procuram o serviço recebendo uma avaliação do atendimento que recebeu, ou uma crítica de alguma situação recorrente, por exemplo, a espera. É uma das primeiras a saber sobre a qualidade do atendimento recebido dentro do consultório e muitas vezes consegue colaborar orientando o fluxo de atendimento. A “moça da limpeza” com essa possibilidade de análise contextual coloca-se como uma pessoa importante para avaliação das ações e serviços instalados. Sendo imprescindível a captação desse olhar que lança sobre as ações para possível melhoria de qualquer realidade. (“Narrativa” – A moça da limpeza, 2023)

(...) fiquei reflexivo, não pelo fato de não a reconhecer, mas, por perceber que a minha presença era repleta de outros significados e que isso moldava inclusive a forma como ela conduzia as ações. Acredito que se eu fosse alguém desconhecido não teria tanta abertura e possivelmente ela teria sido mais natural do que foi com a minha presença. Voltei aqui nessa narrativa algum tempo depois, para registrar um fato que me impactou, a morte dessa enfermeira – hoje lembrei do dia que me pediu materiais para realizar um protocolo de estabilização porque era uma cobrança da gestão local. (“Narrativa” – A enfermeira que foi minha ex-aluna e eu não lembrava, 2023) Ao avançar no debate, chegamos ao entendimento de que uma boa forma de mobilizar o ambulatório seria com a inserção de residentes, das residências multiprofissionais que já existem no município e traçar um plano para que, ao

ser habilitada, isso também possa ocorrer na residência médica. Uma situação que me chamou novamente atenção é de que, estando de fora, não vejo nenhuma dificuldade em alterar a rotina de trabalho e inserir espaços de diálogo entre os profissionais, visto que estão no mesmo espaço. (“Narrativa” - O médico está aberto para o trabalho interprofissional, diário de pesquisa, dados da pesquisa, 2023)

Durante o período de observação, fiz algumas imersões que possibilitaram compreender, na perspectiva da pessoa que vai em busca do atendimento, como é esperar pela consulta ou pelo encaixe, queria visualizar como as situações aconteciam, percorrer os fluxos da unidade ao enfrentar a fila perto das pessoas, para sentir o ambiente, ouvir as reclamações, as estratégias utilizadas para conseguirem marcação, encaixe ou atendimento, precisava capturar inclusive os atalhos.

A disposição para conseguirem superar as barreiras que se colocavam, e como os trabalhadores da unidade, as instalações e o prédio respondiam às demandas – orientações, direcionamentos e inclusive a acomodação durante a espera. Notar como, os diferentes profissionais chegavam, a ordem de chegada, a forma como chegavam e o que acontecia na recepção.

O porteiro anunciou a médica que começaria a atender e pediu para as pessoas fazerem uma fila, entramos aos poucos na unidade e outra fila se formava para confirmação da consulta. Sentei em uma cadeira e fiquei observando quem estava lá fora. A barraquinha de espetinho me chamou mais atenção, resolvi sair um pouco da recepção e me aproximei, percebi porque aquela barraca era a mais movimentada: tinha bancos para as pessoas sentarem; a senhora e seu filho que estavam atendendo davam suporte e orientação às pessoas que buscavam atendimento no CEADAS (em relação à fila, horário de atendimento, horário de ônibus, pontos de táxi e moto táxi); conversavam em relação ao médicos e ao atendimento que ali era oferecido e sobre a situação econômica e política do país - funcionando como um verdadeiro ponto de encontro. (“Narrativa” – O espetinho, diário de pesquisa, dados da pesquisa, 2023)

A maioria das pessoas chegavam sozinhas (...)abordadas pelo porteiro recebiam as informações iniciais de atendimento e dirigiam-se ao guichê, depois voltavam e ficavam sentadas nas longarinas. Aguardavam ali até serem chamadas pelos recepcionistas que ficavam nos corredores do lado interno. Consultavam, abordavam algum trabalhador do serviço para tirarem algumas dúvidas e saíam da unidade, na maioria das vezes com vários papéis nas mãos e mexendo no celular (...) Para perceber essas idas e vindas, pessoas entrando e saindo da unidade, foram várias horas de observação atenta para cada movimento, tanto dos usuários quanto dos trabalhadores (...) fui sendo consumido pelo tédio de esperar. Fiquei pensando que daria para desenvolver atividade de educação em saúde em sala de espera, tem espaço suficiente, ou até mesmo transmitir vídeos educativos na própria televisão, com áudio para ao mesmo tempo servir de distração e promover um espaço de aprendizagem coletiva. Quando o porteiro começou a arrumar suas coisas para ir embora, as pessoas que seriam atendidas no período vespertino chegaram, fui embora.

(“Narrativa” – O tédio, 2023)

Sentado na recepção percebia diferentes movimentos, a diferença de como as pessoas chegavam já escancarou aos meus olhos uma realidade estranha de um mundo desigual. Os profissionais de saúde chegavam como se carregassem consigo patentes, transmitidas pela disputa da melhor roupa ou do jaleco mais alinhado e timbrado na manga ou no bolso. A maioria olhava para o mundo paralelo carregado nas mãos - os celulares, a chave do carro indicava o meio de locomoção. Outros trabalhadores chegavam com roupas mais simples, sem jalecos e com capacetes nos braços, esses geralmente chegavam mais cedo e aparentemente preocupavam-se em organizar todo ambiente para que tudo ocorresse bem e dentro do planejado. (“Narrativa” – A estranheza de tudo querer anotar, diário de pesquisa, dados da pesquisa, 2023)

Reconheceram-se aguardando para mesma especialidade pelo incômodo da espera, nisso uma retira o protetor solar da bolsa e começa a passar em seu rosto e nos braços. Diante dessa cena duas mulheres que estavam perto de mim e dessa que passava filtro solar iniciaram uma conversa (...). A conversa sobre protetores solares delongou-se e cada uma dessas três mulheres puderam se manifestar a respeito do que pensavam sobre a utilização e algumas dicas de como utilizar adequadamente cada produto. Anotaram o telefone umas das outras e combinaram compartilhar informações após a consulta. Uma roda de conversa espontânea. (“Narrativa” – O filtro solar, diário de pesquisa, dados da pesquisa, 2023)

O trabalho da enfermagem se resumiu a ajudar outros profissionais a desenvolverem suas agendas de trabalho e rotina de atendimento, e ajudarem também as pessoas que necessitam chegarem a esses profissionais, sua luz como profissão que detém um certo saber e o aplica como forma de intervir em diferentes condições de saúde apagou-se. Minha inquietude nesse sentido é perceber as possibilidades de desenvolver ações de qualidade e com impacto favorável às pessoas, principalmente devido às situações de cronicidade. (“Narrativa” – Cadê a enfermagem, diário de pesquisa, dados da pesquisa, 2023)

A maioria dos trechos inscritos no diário, subsidiaram o entendimento da realidade. O período de observação permeado por anotações, escrita e análise constante, possibilitou a constituição de um pesquisador (in)mundo. Todo esse movimento me fortaleceu para realização dos encontros, entrevistas para representar os itinerários terapêuticos, construção dos fluxogramas analisadores em conjunto com os diferentes grupos.

O CEADAS ensina até de portas fechadas, antes de abrir, lidar com aquela fila enorme, carro, moto, bicicleta, pessoas sentadas no canto da parede, na fila manuseando o celular ou conversando com o colega ao lado (...). Ficar nos corredores junto com os usuários me possibilitou inúmeras aprendizagens, um papel quase que invisível, em que na dependência do atendimento se constroem pontes de ajuda e solidariedade. Nos diferentes grupos de discussão, desejo de mudança instalado, mas desalinhado com o reconhecimento da capacidade de mudança. Novas pessoas estão inscritas em minha trajetória, antigas pessoas adquiriram novos significados e nessa constante reformulação de vínculos espero assumir outros papéis no mesmo serviço, para ajudar dialogar ainda mais com a equipe, usuários, gestores, e

propor sempre melhorias para que o cuidado esteja sempre na pauta, tentando manter a centralidade no usuário. (“Narrativa” - Corredores, grupos de discussão do fluxo, novas antigas pessoas, diário de pesquisa, dados da pesquisa, 2023)

O diário de pesquisa retrata parte daquilo que experimentei no campo, em processo intenso de produção dos dados, com uma diversidade de novas possibilidades (...). Foi uma das diversas experiências que experimentei nessa etapa tão importante do meu itinerário formativo, não para aquisição de um título, mas para reaquisição do eu, recuperação de uma pessoa que além de viver, para, espera, ouve, pensa, sente e reage. (“Narrativa” – Até breve, dados da pesquisa, 2023)

Nessa ação de reflexão e análise da realidade, com a construção do diário, foi possível perceber e refletir sobre: o processo de trabalho das unidades de saúde; o modelo de atenção centrado na figura do médico; a intensa burocracia instituída, espera e diferentes situações que dificultam/impedem a produção do cuidado centrado na pessoa.

Ao iniciar a construção do diário de pesquisa surgiram inúmeras dúvidas, além dessas os sentimentos estavam relacionados ao início de um novo ciclo, insegurança, incertezas, apreensão, curiosidade. Ao parar a escrita, a impressão também é de finalização de ciclos, de caminho percorrido, de itinação no campo da pesquisa e no contexto das pessoas com AR.

7.6 Elementos da produção do cuidado com base nos grupos com trabalhadores do centro de especialidades, gestores e diário de pesquisa

O grupo com trabalhadores do CEADAS e com os gestores revelam a intenção de uma grande produção de vagas e consultas, preocupação excessiva com a agenda, com o cumprimento contratual realizado com médico.

O projeto de transformação da realidade mantém o foco na ausência das filas, na diminuição da demanda reprimida, mas, insere essa finalidade como algo necessário que sempre precisa estar presente para que ocorra a execução do trabalho – situação que mantém os agentes nos seus respectivos postos de trabalho, por saberem operar o sistema de saúde.

O médico é o centro das ações porque retroalimentam a todo momento esse sistema, com pedido de novos exames, demanda de novas vagas, numa maquinaria de outras filas. Situação facilitadora de um ciclo de dependência e que faz emergir a necessidade de consumo. Os exames mais difíceis de serem conseguidos, medicamentos mais caros, especialistas mais cobiçados – vão se tornando objetos de consumo e o acesso provoca o sentimento de realização, na pessoa que almeja ser percebida, no caso das pessoas com AR, ausência de dor, não deformidade, aptidão para desenvolvimento de tarefas.

O mecanismo de regulação desse sistema financiado pelo Estado, são as filas, a impossibilidade de acesso e a hiperburocratização. As chaves de acesso residem nos favores, atalhos, mediadores, que fazem gerar mais dependência e falta de autonomia. Alguns trabalhadores são capazes de perceber as diferentes necessidades que precisam ser alcançadas e conseguem produzir algo além de procedimentos, filas e dependência.

Com o diário de pesquisa foi possível identificar alguns trabalhadores que lidam com a produção de um cuidado orientativo e de acolhida, o porteiro e a moça da limpeza, que rompem a rigidez do sistema e lidam mais com a experiência das pessoas, com empatia e distribuição de atalhos. No entanto, a produção de espera e os movimentos que as pessoas fazem em busca desses atalhos prevalecem, retoma-se o ciclo de dependência e falta de autonomia.

Nos diferentes grupos com trabalhadores do CEADAS foi possível perceber faíscas de acolhimento e responsabilização, no entanto, desalinhados para produção de cuidado e com direcionamento para manutenção do mecanismo de produção, distribuição e controle sobre as vagas, regulação do acesso, definição de fluxos e gestão das agendas.

O grupo gestor no primeiro encontro demonstrou ser a sala de comando dessa máquina, privilegiam-se atos burocráticos, contratualizações, manutenção dos trabalhadores nos seus postos de trabalho e atos de gestão rígidos que permeiam as estratégias de financiamento, distribuição de funções e produção de regras e normas.

No segundo encontro, fragilizado pelo sucateamento e abandono, enfraquecido pela ausência de trabalhadores com a mesma perspectiva de mudança tentam resistir às práticas convencionais e sobreviver. São atacados a todo momento pelo instituído por representarem uma força instituinte com propostas inovadoras, que pretende implantar ações interprofissionais, de matriciamento e distribuição de ferramentas de gestão do cuidado adquiridas com um projeto maior, nesse momento, em especial o PlanificaSUS.

7.7 Necessidades de Saúde inscritas nos itinerários terapêuticos das mulheres com artrite reumatoide

Por meio das entrevistas e representações gráficas, foi possível identificar o autotratamento e a automedicação que surgiram em decorrência das tentativas de controlar as dores com analgésicos e anti-inflamatórios de venda livre; conselhos de parentes e amigos surgiram em momentos que demandavam incentivo e motivação para mudança ou investimento em uma outra abordagem terapêutica; a religião adveio na condução de situações positivas para alcançar o que se tinha almejado (consulta médica, prescrição adequada, diagnóstico), diante

da descoberta ou enfrentamento de outras condições de saúde e também em momentos de agudização de condições crônicas.

A utilização de plantas medicinais foi a estratégia frequentemente utilizada, um pouco relacionada aos conselhos dados por terceiros, mas, na maioria das vezes como estratégia rotineira, não necessariamente vinculado à condição reumatológica e sim, aos hábitos de utilização no dia-a-dia. Estratégias de relaxamento e automassagem foi relatada por apenas uma das participantes.

Os itinerários terapêuticos das pessoas com AR iniciaram e ganharam forma a partir de um elemento importante, a dor. Imobilizante, incapacitante, geradora de angústias, gritos, inquietude por parte da pessoa que sente e daquela com que se relaciona, instiga a procura por soluções viáveis para cessar.

Essa mesma dor, ao disparar trajetórias assistenciais, afunilam o acesso aos estabelecimentos e agentes, estimula uma fábrica de leis, normas, protocolos, diretrizes para serem seguidas e regular seu controle.

De forma concomitante, dispara no setor saúde uma série de ações para que os agentes desse processo se organizem, e assim, elejam o objeto de trabalho, instrumentos, finalidade e os agentes para estabelecerem também, um conjunto de regras.

A relação entre as diferentes formas de que se inscrevem para viver/conviver/intervir na dor aliada ao processo de trabalho, mobiliza o desenvolvimento de inúmeros modelos para que de um lado a dor seja controlada, minimizada, cessada ou entendida e de outro para que os trabalhadores consigam mobilizar novos saberes: científicos; populares; espirituais; culturais; ancestrais para saberem lidar (com o objeto) e incorporar as tecnologias necessárias.

A abordagem profissional, foi apresentada nos relatos com forte influência da medicina, acompanhamento ordenado pelos exames de imagem e laboratoriais e pela oferta do tratamento medicamento. A burocratização estava presente na maioria das ações ofertadas pelos profissionais e a demanda por cuidados evidenciou o manejo da dor por parte do usuário do serviço e do controle da progressão da doença pelo médico especialista, tendo no medicamento, a única solução para a resolução dos problemas.

As demarcações realizadas nos itinerários, dividiram-se em duas etapas: a primeira em busca de um diagnóstico, neste período as dores incapacitavam e a falta de um diagnóstico remetia à peregrinação por diferentes serviços de saúde. Chegavam a recorrer aos cuidados informais mais vezes, principalmente em decorrência da automedicação e conselhos de amigos ou familiares; a segunda, demarcada pelo diagnóstico e acesso ao medicamento que evitou a recorrência das dores, possibilitou a retomada de ações interrompidas e o desenrolar da vida –

essa situação cria uma relação de dependência das ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde.

Os atalhos de busca para alcançar os serviços perpassam pelo encontro com pessoas chaves, que são verdadeiros informantes, e indicam caminhos mais fáceis a serem percorridos, muitas vezes amigos ou familiares, e, em alguns casos, os próprios profissionais de saúde. Outro atalho que assumiu um lugar importante na maioria dos itinerários desvelados foi a busca pelo setor privado ou planos de saúde, abreviando algumas etapas do percurso assistencial, na maioria das vezes a primeira etapa de diagnóstico. A inserção no SUS ocorria posteriormente de forma facilitada pela existência do diagnóstico e contato prévio com especialista.

Para permanência na engrenagem do acompanhamento profissional e manutenção desse setor, o usuário cria uma relação com o trabalhador da saúde, que alimenta a produção de exames laboratoriais e de imagem, a necessidade de consulta com especialistas, prescrição dos medicamentos específicos, consumo desses medicamentos de alto custo financiado pelo Estado.

A dependência aliena de tal forma, que assume uma centralidade na vida da pessoa e dos familiares, que se mobilizam, para que tudo transcorra da forma como está prescrito. Até porque, caso não ocorra, enfrentam a penalidade, que em termos práticos é a não obtenção das receitas e documentos para retirar os medicamentos por meio do sistema público, que acarreta em maior risco de recorrência das dores.

Ao observar o contexto do ambulatório, é possível identificar que as mulheres que foram acompanhadas, não contam com outras ofertas convergentes com a amplitude das necessidades de saúde que apresentam, mas, aproveitam ao máximo o que é ofertado para juntar com outras peças e montar o que identificam ser seu objetivo terapêutico.

Nessa articulação, as mulheres demonstram realizar uma análise crítica da situação vivenciada, para avaliar e decidir o que é melhor para si e o que pretende aproveitar de cada ambiente cuidativo, assim, promove arranjos que se articulam em diferentes dimensões do processo de gestão do cuidado. Nesse processo conseguem aliviar a dor, adquirem o medicamento, deslocam-se de um lugar para outro para atenderem às suas demandas como pessoas (que fazem compras, estabelecem a própria renda, estudam, relacionam-se afetivamente), mantêm uma rede de apoio e vivem.

No decorrer de suas trajetórias, somam experiências pregressas para alicerçar intervenções futuras, estruturando o aporte necessário para garantir o acesso que almejam e não repetir ou chegar na realidade que no passado causou dor e sofrimento.

São nessas necessidades de saúde, que incidem as ações dos diferentes profissionais de saúde. Mas, ao mesmo tempo, os itinerários terapêuticos, por serem tecidos na perspectiva da

pessoa que o vivencia, permitem a identificação de diferentes dimensões para gerir diferentes planos de interlocução em que demandam ações cuidativas.

Nos diferentes arranjos foi possível identificar a natureza do serviço (público, privado, atenção básica, atenção especializada), também perceber a magnitude dessa dimensão e a importância que adquire na vida das pessoas.

Na medida em que algum serviço de saúde é acessado, emerge a busca por respostas que atendam às necessidades de saúde direcionadas à garantia de novos acessos e do consumo das tecnologias disponíveis para auxiliar no enfrentamento do problema, com isso, intensificam-se os encaminhamentos ou a busca espontânea ou prescrita, por especialistas. Às vezes, outra situação surge e interrompe o itinerário, impõe um tempo, depois permite a retomada da trajetória para suprir as demandas vinculadas à condição crônica e sua repercussão no corpo e na vida.

É possível inferir que quanto mais portas fechadas ou, quando os serviços não correspondem às expectativas de intervenção e acompanhamento e também a satisfação das necessidades do portador de AR, mais caminhos são traçados, maior o itinerário. Da mesma forma, na ausência de instruções adequadas de como seguir, surgem peregrinações, que por sua vez também amplia o itinerário, bem como o tempo, os recursos necessários, o sofrimento diante das incertezas.

No caso das pessoas com AR, revelam também as falhas do SUS e os atalhos para contornar os obstáculos impostos pelos diferentes serviços, situação que possibilita transparecer a assimetria de poder e a luta estabelecida para incluir novas possibilidades terapêuticas.

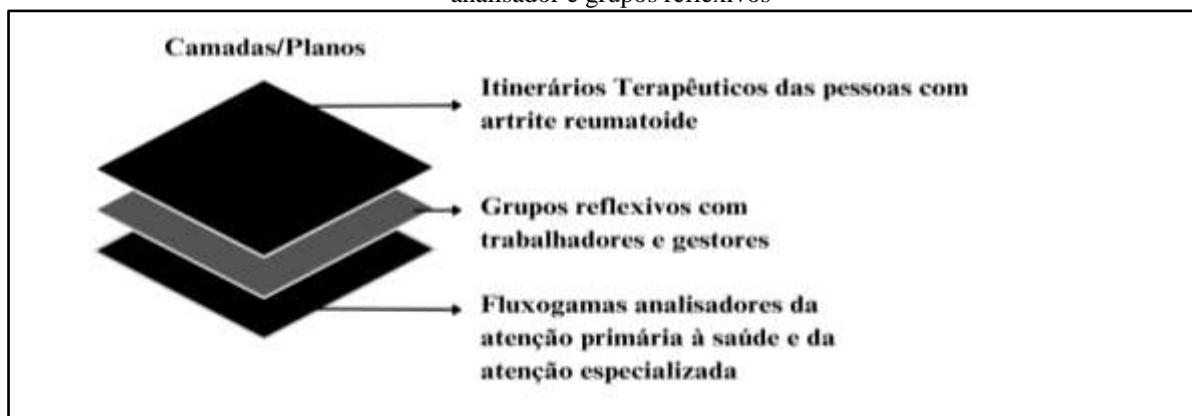
7.8 Interferências provocadas por meio do itinerário terapêutico, fluxograma analisador e processos reflexivos em grupo

As interferências foram geradas por meio de ferramentas que permitiram aproximações que se acumulavam como planos sobrepostos na medida em que a pesquisa avançava (Figura 20). Estabeleceram assim, relação com os processos de autoanálise e autogestão.

O plano representado pelo itinerário terapêutico permitiu uma aproximação dos interesses das usuárias, na leitura do processo de produção do cuidado. Um plano inicial que se colocou entre os demais planos de investigação.

No contexto da busca pelo cuidado, considerando-se o percurso assistencial, a falta de responsabilização profissional, em diferentes situações no contexto do cuidado, fez disparar outros processos de procura – ampliando inúmeras vezes o itinerário terapêutico.

Figura 20 – Camadas/planos das interferências realizadas por meio do itinerário terapêutico, fluxograma analisador e grupos reflexivos



Fonte: Elaborado pelo autor, dados da pesquisa (2023).

Por meio da representação gráfica do processo de busca por cuidado, construídas por meio dos seis itinerários terapêuticos, foi possível analisar, além das andanças das pessoas que participaram da pesquisa, a ação dos trabalhadores da saúde e a incidência de sua prática.

Para pessoa com AR o enfrentamento de uma condição que lhe causa limitação em decorrência da dor, inflamação e imobilidade, faz com que sua itinerância transite por múltiplas possibilidades: autotratamento e a automedicação; utilização de plantas medicinais; religião; estratégias de relaxamento e automassagem. Quando ocorre a busca do sistema de saúde surge a dependência do saber e ação do trabalhador, a relação de produção/consumo se estabelece.

Para uma porta de entrada, muitas portas de saída, a dor mobiliza a entrada da pessoa com AR no estabelecimento e sem contar com o correto arsenal para resposta, coloca a pessoa da porta para fora. A pessoa retorna e diferentes vezes faz esse movimento, até que ela é convidada a bater na porta de outro.

Os fluxogramas analisadores representam esse intenso entrar e sair, anunciar necessidade e responder questionamento, mas, as respostas que tem sido elaboradas, não tem caminhado na perspectiva almejada.

A construção do fluxograma analisador, também como plano sobrepostos entre os demais, permitiu mapear a produção do trabalho na saúde e os interesses de diferentes agentes. Nesse contexto de pesquisa sua produção antecedeu um primeiro momento reflexivos sobre o itinerário terapêutico da Vernônia e sobre o processo de trabalho, tanto na APS quanto na atenção especializada.

A interação entre a pessoa com AR com trabalhador da saúde tem sido frustrada por interesses que deslocam o trabalhador da saúde da finalidade do seu trabalho.

A construção de vínculo, responsabilização e o cuidado com foco no atendimento das

necessidades de saúde, são substituídos: pelo medo do tráfico de drogas e violência; movimento dos representantes de partidos políticos de atravessarem (fila, vaga de emprego, exame, medicamento) com seus interesses; burocracia; ausência de espaços de discussão coletiva do processo de trabalho.

Nos movimentos de autoanálise nos grupos, a produção e manejo de conceitos sobre o próprio ambiente de trabalho e sua contribuição como trabalhador, o processo de trabalho desenvolvido nos diferentes estabelecimentos, seus problemas, possibilidades de enfrentamento e ressignificação.

A autogestão transpareceu na elaboração coletiva das representações gráficas do fluxograma analisador, situação que permitiu análise crítica das ações desenvolvidas por si mesmo e pelo outro, no ambiente de trabalho, que colaboram muitas vezes para reforçar as barreiras de acesso aos serviços.



8 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

8.1 Itinerários terapêuticos: os interesses das usuárias com artrite reumatoide

Dentre as participantes do estudo, todas mulheres com idade entre 40-77 anos. Para serem diagnosticadas, com AR, enfrentaram extenso percurso assistencial em diferentes serviços até chegar ao especialista.

A busca pelo medicamento esteve como alvo principal, o engajamento com a terapêutica medicamentosa geralmente ocorreu quando conseguia regularidade no acesso ao serviço especializado, superação das ações burocráticas que se colocavam pelo caminho, confiança no profissional para seguir o tratamento prescrito.

Em um estudo multicêntrico que retratou as características clínicas e demográficas de pessoas com AR no Brasil (SANTOS, 2022), foram analisadas 1.116 pessoas. A média de idade era de 57 anos ($\pm 11,4$), maioria do sexo feminino 89,5% (998). Em relação à positividade do fator reumatoide 78,5% (1098) eram positivos (863), 76,8% (479) tinham dosagem anti-CCP (peptídeo citrulinado cíclico) positivo (368). Em relação ao medicamento 90,9% (1013) usavam MMCD sintéticos, 5,6% (62) MMCD biológicos em monoterapia, 66,5% (741) utilizavam metotrexato (SANTOS, 2022).

No estudo acima relatado a utilização do metotrexato é expressiva, o que também ocorre dentre as seis participantes dessa pesquisa, possivelmente por ser o medicamento de primeira escolha preconizado pelo protocolo brasileiro (BRASIL, 2020).

Ainda nesse estudo multicêntrico, ao classificar a atividade da doença pelo índice DAS28PCR dentre 937 pessoas apresentavam atividade 11,7% (110) elevada, 34,9% (327) moderada, 15,7 (147) baixa e 37,7 (353) remissão. Como comorbidade 13,7% (154) tinham fibromialgia. O intervalo de tempo de diagnóstico em meses foi de 32 (± 51) (SANTOS, 2022).

No itinerário da Vernônia, o mesmo apresentado em diferentes etapas desse estudo, o tempo até o diagnóstico durou 60 meses. A diretriz brasileira recomenda início precoce do tratamento, preferencialmente com intervalo menor que 6 meses para uma melhor resposta terapêutica. (BRASIL, 2020).

No caso apresentado, a demora foi em decorrência de falhas no percurso assistencial, mas também de acontecimentos que mudaram a rota a ser seguida, mesmo que a dor pudesse incomodar, atravessaram o acidente, a morte da mãe, aceitação do esposo pelos irmãos, casamento, redirecionamento de carreira profissional.

Quatro esperas podem ser alvo de intervenção para redução destes tempos – primeira espera, entre um processo de busca ativa e a primeira avaliação médica; segunda espera, entre a primeira avaliação médica e a hipótese diagnóstica; terceira espera entre a hipótese

diagnóstica e o especialista e a quarta espera entre o especialista e o diagnóstico (VILLENEUVE et al., 2013).

Ao considerar os itinerários terapêuticos ilustrados e os fluxogramas analisadores, nota-se a importância de inserir um processo de busca ativa para avaliação precoce dentre os casos suspeitos; inserir na segunda espera ações para o alívio dos sintomas, que vão além das estratégias medicamentosas; abreviar o tempo de diagnóstico, seja com ações de matriciamento, ou acesso ao especialista em tempo oportuno; ofertar suporte para que as pessoas sejam acompanhadas, e consigam cumprir com seus objetivos terapêuticos.

Em relação ao itinerário terapêutico outro estudo realizado com 17 pessoas com AR, descreveu que cinco dos nove usuários do SUS entrevistados buscaram o primeiro atendimento em Unidade de Pronto Atendimento, dentre aqueles que recorreram às consultas particulares a primeira consulta foi com o ortopedista e um buscou diretamente o reumatologista (OLIVEIRA, 2017).

Nas experiências descritas nos percursos assistenciais apresentados - clínico geral, médico de família, ortopedista, geriatra e farmacêutico foram procurados primeiramente, situação que reforça a necessidade de investimento em ações de matriciamento, para diminuir a peregrinação da pessoa em busca do tratamento que interfira positivamente no manejo de suas necessidades de saúde.

O matriciamento beneficia o itinerário terapêutico, visto que reformula a organização dos serviços e reorganiza o processo de trabalho em saúde. Além de fortalecer a produção do cuidado interdisciplinar para lançar novos olhares o cotidiano dos serviços (BARBOSA; DE SÁ, 2016).

Ao longo da peregrinação, o usuário vai imprimindo uma própria lógica para definir os diferentes serviços que acessa (CECILIO et al., 2014), na dimensão familiar vão recebendo apoio de familiares e amigos; na dimensão individual, realizando-se como pessoa que busca satisfação em outros planos da vida, além do controle da doença; na dimensão profissional da gestão o cuidado vai manejando e sendo manejado, a depender do produto das relações estabelecidas nas outras dimensões.

Considerar esse movimento em que o usuário define suas próprias escolhas, permite levar em conta a existência de um agir leigo exercido pelo usuário dos serviços de saúde (CECILIO et al., 2014), em que vale destacar:

(...) três elementos que pautam o agir leigo: (a) reduzir a disjunção entre seu tempo (o tempo vivido da doença/sofrimento), o tempo do gestor (o tempo da

racionalização dos recursos dentro de sua governabilidade) e o tempo dos profissionais (o tempo do seu fazer profissional); (b) encontrar o “bom médico”; (c) produzir um “mapa de cuidado” estável, sobre o qual tenha algum controle e previsibilidade. (CECILIO et al., 2014, p.1510)

Nessa direção, o itinerário terapêutico é carregado de potencial analítico para desvelar a realidade e as relações estabelecidas no cotidiano (GERHARDT et al., 2016).

Essa ferramenta, o itinerário terapêutico, também está inserida no campo das práticas avaliativas com foco no usuário, na integralidade e como uma forma privilegiada de dar voz às pessoas nos seus processos de questionar o setor público e privado (SILVA JUNIOR et al., 2016).

Em todos os itinerários, a dimensão familiar está presente, sobre essa perspectiva, em um estudo sobre diferentes modos de cuidar e a trajetória na busca por cuidados da pessoa com condição crônica, a família produzia o cuidado com modos de cuidar personalíssimos, uma vez que as necessidades de saúde foram realizadas por cuidadores familiares, que por sua vez, estavam imergidos na realidade da pessoa em situação de adoecimento (CORRÊA; BELLATO; ARAÚJO, 2015).

Em relação às necessidades de saúde, as mulheres com AR, foram em busca de satisfação, nos diferentes processos de itinerização.

As necessidades de boas condições de vida (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006) mobilizaram as participantes em busca de uma melhor condição de saúde ao mobilizarem pessoas que as auxiliaram nos afazeres de casa, inclusive por não conseguirem manusear as ferramentas de limpeza pela repercussão da doença nas articulações das mãos; preocupação com a manutenção de um ambiente saudável e controle do ambiente, por terem se tornado pessoas com imunidade comprometida pela utilização dos medicamentos; redução das incapacidades que as impedem de ser pessoas produtivas como eram antes.

O medicamento permite a realização de algumas atividades que na fase aguda da doença não conseguiam desenvolver, seja por redução temporária das dores ou pela remissão da doença. Se por um lado, algumas preferem a manutenção de vínculos empregatícios, por outro temos aquelas que recorrem ao acompanhamento médico como única alternativa para uma possível aposentaria ou manutenção da mesma, visto que, a doença também provocou, mesmo na fase de não diagnóstico, um efeito devastador na relação com o trabalho, impactando fortemente no tempo de contribuição.

Além de questões relacionadas à manutenção de um ambiente saudável e da aptidão ao mercado de trabalho, as necessidades de saúde também perpassam garantia de acesso a todas

as tecnologias que melhorem e prolonguem a vida (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006), primeiro para diagnosticar a doença e depois para ter à disposição tudo que for necessário para controle da atividade da doença. O medicamento surge como forma de melhorar e prolongar a vida, deparar-se com a possibilidade de uma terapêutica que propõem essa finalidade, estimula a adesão e o cumprimento de diretrizes – principalmente aquelas relacionadas às ações burocráticas para alcance desse propósito.

Por outro lado, os efeitos adversos dos medicamentos e a possibilidade de outras escolhas, criam dependência dos serviços de saúde, que aumentam expressivamente no decorrer do tempo. Diante dos itinerários, tem-se o predomínio das tecnologias leve-duras, presentes no saber do reumatologista, no manejo das intervenções clínicas e na escolha do medicamento mais adequado para o estágio da doença. A maior utilização dessas tecnologias, em detrimento das tecnologias leves acarreta em um empobrecimento dos aspectos intersubjetivos, reforçando o modelo de atenção e o trabalho com foco no procedimento (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007).

Torna-se imprescindível o resgate de uma rede básica para fazer chegar o cuidado nas pessoas em seus diferentes contextos, “produzir cuidado capaz de ampliar as potências de vida, de favorecer a produção de melhores modos de conviver com problemas (...) de dialogar com a diversidade de modos e sentidos que a vida tem para os diferentes viventes a cada momento” (MERHY et al., 2019, p. 71).

Na medida em que a interação com o especialista vai acontecendo, vão se consolidando relações de dependência pelas tecnologias duras expressas pela indicação e produção de procedimentos de imagem e diagnóstico, usuários sentem-se inseguros e desamparados. Por sua vez, as tecnologias no campo das relações, permeiam os espaços que foram percorridos, quase como perda da dimensão cuidadora (MERHY, 1998), isso porque no contexto investigado, os demais trabalhadores fazem seus investimentos para viabilizar o trabalho do médico, reproduzindo a todo tempo as ações instituídas do ambulatório.

Às equipes de saúde, além das ações individuais, há possibilidade de indicar fluxos seguros para as pessoas em investigação ou em tratamento, com isso incentivar a responsabilização e ocupar-se de um cuidado coletivo, mapeando e indicando as novas possibilidades de intervenção (SILVA; BATISTELLA, 2007).

As unidades de saúde poderiam compor espaços de produção de vida e de cuidado de forma múltipla e compartilhada, potencializando o viver, retirando de cena a produção de insatisfação e medicalização (MERHY et al., 2019).

Até mesmo por estar demarcada tão fortemente a presença do especialista na condução do acompanhamento das pessoas com artrite reumatóide. A necessidade de ter vínculo com um profissional ou equipe (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006) também se estabelece com o médico especialista e com a rotina do ambulatório, nos itinerários que foram investigados, ocorre uma peregrinação intensa para tentar achar respostas e justificativas para as dores e outras repercussões físicas da doença.

O especialista, como a representação e face de todo sistema, estabelece vínculo de forma facilitada - a pessoa se afasta de outros ambientes de cuidado, por não encontrar outras ações que possam contribuir, de forma significativa, no manejo da sua condição crônica.

A referência e relação de confiança é estabelecida e os demais serviços perdem a oportunidade de inserir ações centradas na pessoa, situação que reforça o modelo de atenção centrado na doença, exames, medicamentos, figura do médico especialista. O vínculo, na maioria das vezes é estabelecido, mas, pela forma como se coloca é incapaz de gerar autonomia – causando dependência e subordinação.

O vínculo precisa ser entendido por um conceito inacabado, que redireciona o cuidado ao usuário para potencializar suas escolhas, sem indicar o que é melhor, ou seja, compartilhar o processo de produção do cuidado, como algo construído coletivamente, em relação entre a pessoa que apresenta suas necessidades e trabalhadores da saúde (SEIXAS et al., 2019).

Uma relação assimétrica, sem horizontalidade entre os envolvidos no processo de produção do cuidado, que interfere drasticamente na possibilidade de atingir a necessidade de graus crescentes de autonomia e autocuidado na escolha do modo de ‘andar a vida’ (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

O conhecimento que adquirem sobre a doença, o controle da dor e do processo inflamatório, criam estímulos pessoais para reconstrução dos planos, mas é preciso ir além, estimular a busca de reformulação de projetos de vida, situação que possibilita o desenvolvimento de ações antes paralisadas em decorrência das limitações.

Cabe aos profissionais de saúde a instigar e demonstrar que existem outras possibilidades além da medicalização, para alcance de um efetivo modo de viver (SILVA; BATISTELLA, 2007).

Uma das participantes (Vernônia), após múltiplos investimentos no tratamento, investiu em sua formação profissional com objetivo de se inserir novamente no mercado de trabalho e passou a repensar a alimentação e fazer escolhas mais saudáveis. O encontro entre trabalhadores da saúde com a pessoa acometida por alguma condição de saúde, precisa permitir o surgimento

de faíscas de autonomia, na construção de projetos não só de reabilitação ou terapêuticos, mas, de vida (SANTOS; MISHIMA; MERHY, 2018).

Quanto às dimensões da gestão do cuidado, os fluxos representados pelos diferentes itinerários e o mapeamento dos diferentes fluxogramas analisadores, possibilitaram entender o mecanismo de busca pelo cuidado e as respostas de diferentes serviços de saúde. Promover o debate entre os trabalhadores de saúde sobre os fluxos e com isso repensar o processo de trabalho, é um elemento importante da dimensão sistêmica da gestão do cuidado (CECILIO, 2011).

A dimensão individual da gestão do cuidado presente nos itinerários terapêuticos, articula o manejo das diferentes possibilidades de lidar com as adversidades, utilizando a inventividade na demarcação dos diferentes modos de viver a vida (CECILIO, 2011).

Como complementar ao percurso assistencial, abriga outros modos de reagir frente à doença, nos itinerários apresentados: “manutenção do trabalho; alimentação saudável; formação profissional; fé; cuidado de si; controle financeiro; uso de chás e plantas medicinais; vida no sítio; caminhada; terapias não convencionais; autocuidado; cuidado da imagem corporal; corrida, alongamento”.

Outra dimensão, dimensão familiar, a depender do arranjo familiar e das relações sociais estabelecidas. Nos itinerários terapêuticos, a maioria das ações de cuidado geridas com/pela a família permeou o auxílio e motivação para procura de serviços de saúde, acompanhamento ou auxílio nas atividades cotidianas. Quanto aos amigos, vizinhos, colegas de trabalho, estes costumam indicar medicamentos, plantas medicinais, fitoterápicos, ou propõem outras possibilidades para auxiliar no controle da dor, como pilates, caminhada, relaxamento – a pessoa estabelece conexões que refletem significativamente na sua busca e na obtenção do cuidado que precisa (CECILIO, 2011).

Na dimensão profissional da gestão do cuidado, é possível identificar os serviços utilizados, espaço das relações entre as pessoas com os profissionais de saúde, os distintos encontros estabelecidos e algumas possibilidades de acesso na trajetória assistencial (CECILIO, 2011). Em Rondonópolis, MT um ambulatório especializado pertencente ao SUS no CEADAS, as demais formas de acesso são: policlínicas, centros de saúde, unidades de saúde da família, laboratório central, unidade de pronto atendimento e hospitais (um público e outro filantrópico).

Além da dimensão familiar, olhar para as diferentes dimensões da gestão do cuidado, permitiu identificar que o itinerário terapêutico não perfaz apenas trajetórias assistenciais, ele permeia o encontro com uma infinidade de outras possibilidades.

O itinerário terapêutico, parte sempre da pessoa que efetiva o processo de busca por

cuidados, mas, engloba dimensões espaciais, temporais e relacionais. O itinerário terapêutico ao mesmo tempo que pode conter a trajetória assistencial não se restringe a ela (GERHARDT, 2018).

O sucesso no empreendimento de busca por cuidado, será maior ou menor, nas composições desse agir individual e familiar – (agir leigo), com os modos de fazer e a regulação dos diferentes trabalhadores da saúde (CECILIO et al., 2014).

O ato de questionar possibilitado pelos diferentes itinerários, sua força mobilizadora e promotora de reflexões, em contexto de grupo, provocou movimentos de autoanálise.

Permitiu, nos diferentes encontros com trabalhadores e gestores, privilegiar o ponto de vista da pessoa com AR.

Sobre o usuário “(...), podemos dizer que ele reclama não da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim, da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema” (MERHY, 2002, p.121).

O fluxograma analisador não só tem sido produzido no contexto da pesquisa e no campo do trabalho como possibilidade de identificar necessidades de traçar outras linhas a serem seguidas, mas de desvelar elementos que demarcam a burocratização do SUS e práticas do modelo médico hegemônico, além disso, revela a divisão técnica do trabalho (REIS; DAVID, 2010).

Muito além, tem instigado a repensar uma nova forma de produzir cuidado publicizante no coletivo, com coletivo e para coletividade, tomando como referência os interesses do indivíduo e dos serviços.(MERHY; ONOKO, 1997).

Nessa perspectiva, olhar para os diferentes fluxogramas analisadores permitiu identificar no coletivo os modelos de atenção para os quais os trabalhadores desenvolvem suas práticas, como no coletivo verificam as necessidades de mudança e agem sobre elas e como lidam com a necessidade de direcionamento das práticas para pessoa.

Aos trabalhadores, destaca-se a possibilidade de compreender o fluxo das ações e serviços, dialogar sobre o compartilhamento de responsabilidades e estímulo à criação e cultivo de compromisso coletivo (REIS; DAVID, 2010).

No entanto, o estímulo a busca de novas alternativas de ações de compromisso coletivo fica dificultado, como ocorreu com uma das ESF ao colocarem em discussão o medo e as situações de violência vividas. A palavra violência, como algo que revela aquilo que os trabalhadores querem esconder por fazer aparecer o descontentamento com não atendimento do dinâmico arranjo das necessidades de saúde, por parte do usuário, o descontentamento com instituído.

Nesse contexto a paranogênese pode estar presente, como uma situação que produz o tempo todo sentimentos de hiperalerta e hipercautela, em um contexto criado pela instabilidade local. Com isso, uma das escolhas rápidas que imprime respostas é a burocratização (KERNBERG, 2000).

Essa busca pela burocratização automática no contexto dos estabelecimentos, necessita de alternativas, uma delas, o estabelecimento de relações simétricas, de desconstrução da ideia de obediência e diretividade com aceitação – para uma ideia da produção de vínculos e investimento nas relações.

Pensar em dispositivos que interliguem os diferentes agentes envolvidos no processo de trabalho que potencializem as escolhas dos usuários e não desconsiderem as do trabalhador, pode ser o caminho.

Ao sinalizar dependência do trabalho em saúde, dois contextos são construídos como caminhos a serem percorridos, o primeiro que conduz à descoberta daquilo que se tem (exame/diagnóstico) e o segundo em busca de saber sobre aquilo precisa – em um processo de ação e transformação. No setor saúde o objeto de trabalho são as necessidades de saúde (MENDES GONÇALVES, 2017a, 2017b; PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008), não de uma necessidade apenas, mas de um conjunto delas, com significados amplos e que possibilitam o exercício da vida (CECÍLIO; MATSUMOTO, 2006).

Os trabalhadores lidam com as necessidades de saúde que apreendem a partir das demandas dos usuários e as manejam, orientados por aquilo que tomam como finalidade do seu trabalho. Depara-se então, com diferentes entendimentos de finalidades do trabalho em saúde no cotidiano dos serviços de saúde. A análise dos distintos itinerários terapêuticos em conjunto com os fluxogramas analisadores, demarcam mesmo que de forma não relacional, a localização fim de cada ação dos trabalhadores da saúde diante da pessoa para qual a necessidade se apresenta. A finalidade principal gira em torno das práticas medicalizantes e prescritivas, disseminadora de procedimentos e mais consultas

De um lado a pessoa com AR com suas necessidades de saúde que abarcam a dimensão da vida, de outro um sistema de saúde que responde com assistência médica individual, medicalizante. Aos outros agente ocorre um realimento da finalidade do trabalho, devido à reprodução do modelo médico hegemônico.

Os agentes são distintos, o que assume a centralidade é o médico. Seus instrumentos materiais de trabalho permeiam o medicamento, papéis, instalações; os não-mateirias articulam saberes especializados e instrumentos materiais (PEDUZZI; SCHRAIBER, 2008).

A reprodução do modelo hegemônico centrado na figura do médico, gera uma ideia de

pronto atendimento, afasta com isso a possibilidade de acompanhamento (ALMEIDA; MELLO; NEVES, 1991).

Além disso, toda a dinâmica de trabalho dos demais agentes e a finalidade instaurada, passa a residir no auxílio às ações médicas

Como o trabalho na saúde é coletivo e cada trabalhador ou cada ação são parcelares, e como o núcleo do modelo é a consulta médica do tipo pronto-atendimento, os outros trabalhos que aí são operados têm a finalidade de auxiliar as ações médicas (...) o trabalho de enfermagem se caracteriza como um trabalho auxiliar das atividades (...) a recepção do cliente tem a função principal de controlar a demanda espontânea, que é sempre maior que a possível de ser atendida. A pré-consulta tem a finalidade de pesar e medir os clientes para possibilitar ao médico fazer as prescrições medicamentosas; a pós-consulta tem a finalidade de orientar os clientes sobre a ministração das medicações. (ALMEIDA; MELLO; NEVES, 1991, p.74)

No grupo gestor foi possível observar a forma de contratualização, em especial com chamamentos públicos – estabelecendo-se a pactuação rígida do número de consultas a serem executadas, rigidamente calculadas por semana/mês/trimestre/ano, com forte tendência produtivista.

Ao observar o conjunto das representações gráficas, tanto dos diferentes itinerários terapêuticos, quanto dos fluxogramas analisadores, essa é a realidade presente tanto no CEADAS, quanto nas unidades da APS.

8.2 O instituído – modelo médico hegemônico

Ao recorrer aos aspectos históricos é possível perceber os elementos instituídos desse modelo que estão presentes no cotidiano dos serviços na busca por cuidados em saúde. Dessa construção histórica, destacam-se avanços importantes no campo da biologia e microbiologia, entre os séculos XVIII e XIX; a associação de microrganismos ao surgimento de doenças, levou a avanços expressivos da biologia e microbiologia, laboratórios e hospitais inclinados para identificar a etiologia da doença, passando a contribuir com avanços da medicina científica (SILVA JÚNIOR, 2006).

Um dos estabelecimentos onde ocorreu a pesquisa foi o Centro de Especialidades Médicas e Apoio Diagnóstico (CEADAS), seu nome carrega consigo a marca do instituído: centralidade; seccionamento por especialidades; ênfase na medicina; destaque às ações diagnósticas.

Avanços consideráveis com a ideia de causalidade da doença surgiram e alavancaram a produção de equipamentos médicos, pesquisa e produção de medicamentos – de maneira

complementar houve a reestruturação das escolas médicas e com a instalação do relatório Flexner elaborado por Abraham Flexner em 1910 (SILVA JÚNIOR, 2006), permeava a ideia de secção do corpo para análise e intervenção das partes, hiperespecialização cartesiana e abstenção quanto ao todo não acometido.

Todo esse arcabouço inscreve os modelos de atenção à saúde como uma grande instituição, com lógicas próprias que orientam a ação, que abriga a disputa entre o instituído e o instituinte. O primeiro, instituído, representado pelo modelo hegemônico biomédico (centrado na doença e na figura do médico, na prestação de serviços), constituído historicamente na maioria dos países ocidentais, com fortes elementos instituídos: medicalização, objetivação do sujeito, seccionamento do corpo, atenção ao biológico, valorização da especialidade. Já o segundo, o instituinte, diferentes outros modelos que permeiam a instituição, mas não adquirem força suficiente para se tornarem hegemônicos.

Retomando esse modelo de atenção, o hegemônico, nos elementos instituídos, não só no cotidiano do CEADAS, mas, no cotidiano do sistema municipal de saúde, evidenciam-se: o mecanicismo (corpo como máquina), biologicismo (história natural da doença – causa/agentes etiológicos de natureza biológica), individualismo (indivíduo como objeto de intervenção), especialização (divisão do trabalho, fragmentação do processo de produção favorecendo o acúmulo do capital), exclusão de práticas alternativas (imposição da cientificidade), tecnificação do ato médico (técnicas e equipamentos para investigação diagnóstica), ênfase na ação curativa (diagnóstico, terapia, cura), concentração de recursos (SILVA JÚNIOR, 2006).

Contribuindo com a construção dessa hegemonia, as escolas clássicas da administração ganharam notoriedade no início do século XX – o fayolismo endossou a cientificidade da administração no setor saúde. Houve também uma extrema articulação entre os saberes da saúde e da doença no âmbito da coletividade, tendo as práticas sanitárias um incremento teórico com a corrente taylorista (MERHY, 2014), mesmo sob pena de perda de autonomia e criatividade.

Essa prática médica tecnicista ocidental com forte interferência norte-americana, mesclou-se economicamente com o avanço do capitalismo e socialmente à ideia de produção de melhoria da qualidade de vida e resolução dos problemas de saúde (SILVA JÚNIOR, 2006). Principalmente após a segunda guerra mundial, com incremento da participação estatal (welfare state/Estado de bem-estar social), houve uma expansão dos estabelecimentos de saúde com vistas à assistência individual (MERHY, 2014).

O aumento vertiginoso dos investimentos para incremento de tecnologias duras, o altíssimo custo para acesso e consumo do que é produzido, a dificuldade em lidar com o aumento e financiamento expressivo das condições crônicas (SILVA JÚNIOR, 2006), tem

causado fissuras no instituído.

No presente, a expansão desse modelo ocorre em detrimento da capitalização da prática médica. Os itinerários terapêuticos e fluxogramas analisadores demonstram sua permeabilidade no enfrentamento na busca por cuidados, tanto por meio do acesso aos planos de saúde e atendimento privado, quanto no setor público.

A medicina flexneriana, com todo esse aspecto histórico tem influenciado fortemente as ações para o atendimento da demanda espontânea, procedimentos e serviços especializados. As unidades de saúde ao trabalhar com foco na doença não permitem o fluxo daquele que não se percebem como doente (PAIM, 2008). Deixar aflorar a doença para ser encaixado na agenda do serviço eleva o grau de dependência e atribui uma maior potência ao instituído.

A não correspondência para o acesso tem gerado preocupações com esse modelo médico hegemônico que acentuam as dificuldades no exercício das atividades formais de regulação do SUS. Por esse motivo, precisam lidar cotidianamente com atalhos, incluindo a judicialização. Em detrimento da agenda de um agente, comprometem o trabalho coletivo.

(...) neste modelo assistencial a ação dos outros profissionais de uma equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante, tendo seus núcleos específicos e profissionais subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido. Deste modo, o modelo médico hegemônico, expressa um grupo de interesses sociais que desenham um certo modo tecnológico de operar a produção do ato em saúde, que empobrece uma certa dimensão deste ato em prol de outro (MERHY, 2004, p.112).

Além dessa diminuição da capacidade cuidativa, que deveria estar mais presente no encontro entre trabalhador da saúde/usuário. Esses modelos instituídos atendem à lógica da oferta, ao disponibilizarem um cardápio de ações a serem acessadas, com isso, afastam-se da perspectiva das necessidades de saúde. Ao afastar as pessoas da vista desse ponto, estimulam outros olhares, neste caso à concepção da saúde como ausência de doença – intermediada pelo consumo de tecnologias duras.

8.3 O instituinte – diferentes modelos de atenção à saúde – não hegemônicos

Inúmeros outros modelos surgem como uma atividade criadora e revolucionária e tentam a todo momento instituir-se, não se pretende eleger essas forças como positivas ou negativas, elas coexistem com o instituído no interior das instituições.

De forma específica, outro modelo apresenta-se hegemônico no Brasil – modelo

sanitarista, que tem como marca o a abordagem em massa, campanhas, programas especiais e de vigilâncias (PAIM, 2008). Não adquire força para o protagonismo, mas, se faz presente a todo momento e influencia negativamente a construção de uma outra concepção de saúde, uma vez que também é impregnada a ausência do vetor e uma forte vertente biologista e higienista em sua conformação.

A investigação revela a perspectiva do modelo sanitário como predominante no modo como a gestão do SUS em Rondonópolis foi organizada – a SMS se compartimentalizou em departamentos: gestão de pessoas, gestão do SUS, atenção à saúde, ações programáticas e de vigilância em saúde. Enquanto os dois primeiros ditam os atos burocráticos os outros três lidam diretamente com as ações e serviços.

O departamento de ações programáticas e vigilância em saúde apresenta forte vinculação com preceitos hegemônicos do modelo sanitário, influenciando fortemente o desenvolvimento de campanhas e ações de controle aos vetores e ambiente. Ganhou força durante a pandemia de COVID-19, extremamente acessado para promover repostas higienistas de combate e controle da doença.

As campanhas de vacinação e o combate à leishmaniose, hanseníase, dengue, chikungunha, zika vírus, além das ações desenvolvidas no contexto do vírus da imunodeficiência humana, representa a força dessa corrente instituinte, todo seu poderio e grande importância no contextual e na vida das pessoas.

No entanto, práticas do modelo sanitário, por trazer outra concepção de saúde, na perspectiva que permeia a ideia de produção do cuidado, não respondem de forma satisfatória às demandas aqui levantadas e que preveem longitudinalidade, acompanhamento, responsabilização e construção de vínculos como premissa.

O departamento de atenção à saúde, enfrenta um severo esvaziamento, na tentativa de desviar-se do instituído se depara com forças que a todo momento tentam capturar e retomá-lo à normalidade.

Duas correntes são identificadas nos grupos desenvolvidos com os gestores, a primeira vinculada ao instituído, de prestação de serviços extremamente burocratizantes, que prevêm em sua base, de acordo com (PAIM, 2008, p.553) “atenção à demanda espontânea; oferta organizada/ações programática (...)”. Sob essa corrente não se imperam tentativas de rupturas por parte da organização – contempla o instituído.

Por meio de uma forte tendência estruturalista, emergiu como uma outra possibilidade de se fazer gestão em saúde no Brasil, inicialmente Minas Gerais, ação que compila e coloca em prática os conceitos desenvolvidos por Eugênio Villaça Mendes, por meio de estratégias de

planificação da APS e atenção especializada (GUIMARÃES; CAVALCANTE; LINS, 2018). Ao prosseguir, vale destacar outra proposta que propõe repensar o preceito neoliberal estimulado a partir do pensamento liberal do século XII – que tem no mercado a função central (ANDRADE; CARVALHO; OLIVEIRA, 2022), reformular pela ótica dominante uma estratégia possível de negociação.

O modelo da atenção gerenciada prevê:

A constituição de um setor saúde francamente segmentado por grupos populacionais específicos, que regulam as suas relações como consumidores finais dos serviços prestados, mediante a presença de intervenções econômico-financeiras (...) financiados pela captação por empresas seguradoras (MERHY, 2014, p150).

O modelo de atenção gerenciada, recorre ao ato de cuidar, para questionar e estabelecer um debate em que permeiam alternativas anti-hegemonicas, pressupondo uma transição tecnológica que perpassa pelo capital financeiro. Essa linha aposta no exercício mais autônomo dos trabalhadores da saúde para gênese de um melhor produto, o cuidado em saúde - nessa conjuntura, considera a situação dos gestores e inclui na arena todos demais trabalhadores, desde a recepção até os agentes que ocupam os maiores cargos da gerência – com um caminho alternativo aos modelos de estruturação produtiva (MERHY, 2014).

Esses diferentes modelos concorrem na mesma arena, coexistem, o que representa o instituído, médico centrado com foco na doença projeta a atenção para prestação de serviços diante da demanda que ele mesmo alimenta ao eleger as distintas ofertas.

Aqueles que representam o instituinte, alguns com aparato que os confundem com o instituído, mas com suas particularidades não conseguem força para instituir-se.

E aqueles que também não somam forças suficientes, mas, que desestabilizam e provocam novas formas de agir. Que são passíveis de transformar a realidade e os diferentes contextos que nela estão impressos, os modelos que se atentam para centralidade na pessoa no processo de produção de cuidado e a observância das necessidades de saúde como objeto da ação do trabalhador.

Assim como no modelo de atenção gerenciada produzir confrontos com o modelo médico hegemônico e criar alternativas como forma de enfrentamento para mudanças viáveis.

Vinculadas à essa força instituinte surgiram as inquietações que motivaram essa pesquisa e as interferências decorrentes dela – itinerários terapêuticos, fluxogramas analisadores e grupos reflexivos.

8.4 Elementos para fazer pensar a produção do cuidado no contexto da pessoa com artrite reumatoide

Esse movimentar no contexto dos serviços de saúde, transitar na busca de respostas, observar, amplificar a voz do usuário, considerar a equipe e os interesses, permite – articula no encontro com os diferentes atores envolvidos processos de mudança.

O trabalho na saúde produz atos de saúde, esses podem culminar em cuidados ou simplesmente em procedimentos, nem sempre em cuidado almejado pelo usuário (MERHY, 2014), também pelo trabalhador que observa atentamente as necessidades que estão em cena

Os processos de produção do cuidado (...) expõem, entre as várias dimensões das práticas de saúde, as tensões: entre o cuidado centrado nos procedimentos ou nos usuários; entre um agir privado e um público, inscrito no modo de operar o trabalho vivo em ato em revelações intercessoras; e entre as disputas permanentes de distintas intenções em torno do que são objeto e o sentido das ações de saúde (MERHY, 2014, p.162).

Nessa perspectiva interferir, questionar a centralidade do cuidado; o público e o privado e o processo de trabalho na saúde tornam-se elementos cruciais para mudança.

Nesse campo de análise, é preciso expor na cena coletiva os modelos de atenção e causar rupturas nos direcionamentos que não centralizam as práticas nos usuários e suas necessidades investir em interferências permeáveis à potência: aprender a conviver com práticas centradas em procedimentos e no profissional; produzir cuidado centrado no usuário e com usuário como eixo de publicização e ao mesmo tempo considerar os distintos interesses, fazendo prevalecer os dos usuários (MERHY, 2014).

Diferentes tensões poderão surgir, mas o efeito prevê maiores recompensas, não menos desafios. Uma alternativa é colocar cada vez mais o usuário em cena, para disparar de forma viva processos reflexivos, que encontrem ressonância com inovadores os projetos de mudança.



Mergulhar no exercício de analisar as implicações, possibilitou a entrada no contexto da análise institucional, por meio de alguns conceitos. Dessa forma, foi possível construir outras vistas do mesmo ponto, tudo se tornou diferente, o mundo não era mais o mesmo. Nesse processo de impregnação, do entendimento da não neutralidade científica, criaram-se outras aproximações que possibilitaram impregnar-me dos diferentes planos que foram compondo os caminhos dessa pesquisa – diante dos movimentos, percebi em mim, um pesquisador *in*-mundo.

Lidar com as *in*-mundices, a ponto de interferir com o(s) outro(s) – com as pessoas com artrite reumatoide, impregnando-me com as formas que lidam com sua condição de saúde, trajetos, lutas, encontros e conquistas. Com os grupos, impregnando-me de cada realidade coletiva, na atenção primária ou especializada.

No contexto das mulheres com artrite reumatoide e seus itinerários terapêuticos, o extenso percurso assistencial percorrido por cada uma, representou o manejo da gestão do cuidado profissional, vinculado à possibilidade de terem o atendimento das suas necessidades de saúde. Imersas em um sistema de saúde que pouco responde às suas demandas, não as acompanham de forma longitudinal, é responsivo e com foco em sua doença, ao mesmo tempo que impede um acesso facilitado, burocratiza-o. A produção do cuidado também se centrou no esforço cotidiano de horizontalizar as relações.

No contexto dos diferentes grupos da atenção primária à saúde, os distintos problemas que permeiam o acesso e o acompanhamento, acarretam na ausência de estratégias que permitam o exercício da responsabilização por meio da construção de vínculos. Falta de direcionalidade e condução no sistema de saúde em relação às demandas específicas das pessoas com artrite reumatoide. A produção do cuidado é transferida ao serviço especializado.

Diante do grupo do CEADAS, com os trabalhadores, a capacidade de análise crítica da realidade, provocou os impulsos para pensar na mudança. A produção do cuidado na falta de acesso fica refém da agenda médica e dos encaixes.

No contexto dos grupos com os gestores, a produção do cuidado permanece em segundo plano, no primeiro a burocratização e manutenção do trabalhador para distribuição das vagas de atendimento médico. A produção do cuidado dá espaço à produção de atos burocráticos.

É urgente, a necessidade de fomentar forças instituintes que permitam o desenvolvimento de intervenções pautadas nas necessidades de saúde, para viabilizar uma produção do cuidado com base no alcance de boas condições de vida; acesso irrestrito às ações e serviços, vínculos com trabalhadores que se responsabilizem pelo cuidado e disparem estímulos de autonomia e autocuidado.

Além disso, é preciso viabilizar processos de reflexão sobre a prática, em movimentos de autoanálise e autogestão para que, grupos de gestores e trabalhadores, imergidos em processos reflexivos consigam repensar as ações e desenvolver estratégias instituintes para reorganizar a centralidade do cuidado para pessoa a ser cuidada.

Banalizar a dor das pessoas, por esse motivo, atrasar o diagnóstico e o tratamento em tempo oportuno, implica em reduzir as possibilidades de impedir o avanço da doença, situação que acarreta em aumento da dor, deformidades, incapacidades e limitações às pessoas com AR em viver a vida. A falta de acesso não produz cuidado e sim dependência, reforça a instituição médica centrada e seus elementos instituídos – medicalização, objetificação, não observância da pessoa como um todo, foco na doença, ou seja, produz mais dor e sofrimento.

Como pistas para novas interferências: a queixa de dor não pode ser banalizada, além disso, necessário resgatar as ações de matriciamento e investir em protocolos que definam as responsabilidades, em especial, na garantia do acesso e do cuidado longitudinal.

O resgate às ações de matriciamento são essenciais para o compartilhamento das responsabilidades, permitindo um caminhar entre os serviços, de forma segura, e possibilitando a produção de inovadoras formas de agir, pela mudança de óculos prevista para troca de saberes. Ação que produza cuidado na perspectiva de ir além do medicamento e da doença, pois, ao deslocar o profissional e promover discussão de caso, possibilita também, o deslocamento da centralidade das ações para a pessoa a ser cuidada.

Torna-se de suma importância a produção de protocolos e sua publicização, de modo que possibilitem arejar as práticas instituídas, ao provocar movimentos desestabilizá-las, permitindo a revisão de possibilidades, a entrada de novos modos de fazer, e novas possibilidades de interferência. Protocolos não inscritos no modelo hegemônico, mas, ao considerá-lo, permitir ir além, para valorização das pessoas em busca da satisfação de suas complexas e autênticas necessidades.

Enfim, além de propiciar uma análise do processo de produção do cuidado, essa pesquisa interferência, demonstrou a necessidade e possibilidade de pulverizar escutas para ressignificação das demandas dos múltiplos agentes envolvidos.



REFERÊNCIAS³

³ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (NBR 6023).

ABRAHÃO, Ana Lúcia et al. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de investigação em saúde. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Eds.). **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**. 1. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 22–20.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel De; MELLO, Débora Falleiros De; NEVES, Lis Aparecida de Souza. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva rede básica de saúde em Ribeirão Preto. **Revista Brasileira de Enfermagem**1, [s. l.], v. 44, n. 2, p. 64–75, 1991. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/ypGTtBDFbt459KkhD5XkhJ/?lang=pt&format=pdf>>

ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 1999.

ANDRADE, Henrique Sater De; CARVALHO, Sergio Resende; OLIVEIRA, Cathana Freitas De. Leituras do governo neoliberal do Estado e da saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 32, n. 1, 2022. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312022000100614&tlng=pt>

ASSIS, Aisllan; SILVA, Martinho Braga e. “Viver Livremente”: trajetos e passagens de uma fuga do cuidado. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (Eds.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro, RJ: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2016. p. 275–288.

BARBOSA, Larissa Arruda; DE SÁ, Natan Monsores. Linhas de Cuidado e Itinerários Terapêuticos para Doenças Raras no Distrito Federal. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 69, 2016. Disponível em: <<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1907>>

BAREMBLITT, Gregorio. **Compêndio de análise institucional e outras correntes : teoria e prática**. 5. ed. Belo Horizonte: Biblioteca Instituto Félix Guattari, 2002. v. 2

BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; D’AMDREA, Ana Maria (Eds.). **O território e o processo saúde doença. [Coleção educação profissional e docência em saúde: a formação e o trabalho do agente comunitário de saúde]**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 51–86.

BELLATO, Rosenev et al. História de vida como abordagem privilegiada para compor itinerários terapêuticos. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (Eds.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro, RJ: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2016. p. 203–222.

BOMFIM, Leny A. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 19, n. 3, p. 777–796, 2009.

BONET, Octavio. Itinerações e malhas para pensar os itinerários de cuidado. a propósito de Tim Ingold. **Sociologia & Antropologia**, [s. l.], v. 4, n. 2, p. 327–350, 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/sant/a/DY5QngrQbd3ZgsQTD6Sjgvs/abstract/?lang=pt>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Artrite Reumatoide Portaria Conjunta n.15, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Departamento de Assistência Farmacêutica. Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Política e Programa Nacional de Plantas Medicinais e Fitoterápicos. Relação Nacional de Pla BrasíliaMS/DAF, , 2019. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sectics/daf/pnpmf/ppnpmf/renisus>>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos em Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas da Artrite Reumatoide e da Artrite Idiopática Juvenil [Internet], 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/protocolos-clinicos-e-diretrizes-terapeuticas-pcdt/arquivos/2020/artreite-reumatoide-e-idiopatica-juvenil-pcdt.pdf>>

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 399–407, 2007.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 30, n. 7, p. 1502–1514, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014000701502&lng=pt&tlng=pt>

CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira; MATSUMOTO, Norma Tomie. Uma taxonomia operacional das necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. F.; MATTOS, R. A. (Eds.). **Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde**. Rio Grande do Sul. Rio de Janeiro: EdUCS/UFRJ: IMS/UERJ: CEPESC, 2006. p. 112.

CECILIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde.

Interface - comunicação, saúde, educação, [s. l.], v. 15, n. 37, p. 589–599, 2011.

Disponível em:

<[CNES-DATASUS. Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Consulta Estabelecimento. Identificação CNES Ministério da Saúde, 2023. Disponível em:](https://www.scielo.br/j/icse/a/sBcTQJFRbBYmMgwSpNRkSrt/?format=pdf&lang=pt#:~:text=Podemos pensar a gestão do,como representado na Figura 1.></p></div><div data-bbox=)

<<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em: 5 jul. 2023.

CORRÊA, Geovana Hagata de Lima S. T.; BELLATO, Roseney; ARAÚJO, Laura Filomena Santos De. Diferentes modos da família cuidar de pessoa idosa em situação crônica. **Ciência, Cuidado e Saúde**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 796–804, 2015.

COSTA, Juliana de Oliveira et al. Tratamento da artrite reumatoide no Sistema Único de Saúde, Brasil: gastos com infliximabe em comparação com medicamentos modificadores do curso da doença sintéticos, 2003 a 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 30, n.

2, p. 283–295, 2014. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/j/csp/a/P7GLF4nMWnvkNPRD54TyqWt/abstract/?lang=pt>>

CUI, S. et al. Certolizumab pegol plus methotrexate for active rheumatoid arthritis: A meta-analysis. **Chinese Journal of Evidence-Based Medicine**, H. Liu, Department of Rheumatology, The First Affiliated Hospital, China Medical University, Shenyang, China, v. 18, n. 2, p. 172–177, 2018. Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L623184803&from=export>>

CURTIS, J. R. et al. Etanercept or Methotrexate Withdrawal in Rheumatoid Arthritis Patients in Sustained Remission. **Arthritis and Rheumatology**, J.R. Curtis, University of Alabama at Birmingham, United States, v. 73, n. 5, p. 759–768, 2021. Disponível em: <<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2010886229&from=export>>

DA MOTA, Licia Maria Henrique et al. Safe use of biological therapies for the treatment of rheumatoid arthritis and spondyloarthritides. **Revista Brasileira de Reumatologia**, [s. l.], v. 55, n. 3, p. 281–309, 2015. Disponível em:

<<http://dx.doi.org/10.1016/j.rbr.2014.06.006>>

DARGHAM, Soha R. et al. Epidemiology and treatment patterns of rheumatoid arthritis in a large cohort of Arab patients. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 13, n. 12, p. e0208240, 2018. Disponível em: <<http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0208240>>

EMERY, P. et al. Rituximab versus an alternative TNF inhibitor in patients with rheumatoid arthritis who failed to respond to a single previous TNF inhibitor: SWITCH-RA, a global, observational, comparative effectiveness study. **Annals of the Rheumatic Diseases**, [s. l.], v. 74, n. 6, p. 979–984, 2015. Disponível em:

<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24442884>>

EMERY, P. et al. Adalimumab dose tapering in patients with rheumatoid arthritis who are in long-standing clinical remission: Results of the phase IV PREDICTRA study. **Annals of the Rheumatic Diseases**, P. Emery, Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine, University of Leeds, Leeds, United Kingdom, v. 79, n. 8, p. 1023–1030, 2020. Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L631824294&from=export>>

FERNANDES, Beatriz Silverio. Como trabalho com grupo de reflexão. **Revista SPAGESP**, [s. l.], v. 1, n. 1, 2000. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702000000100011#:~:text=A minha maneira de trabalhar,realizados na hora do grupo.](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702000000100011#:~:text=A%20minha%20maneira%20de%20trabalhar,realizados%20na%20hora%20do%20grupo.)>

FERRAZ, M. B. et al. Conduta no diagnóstico e tratamento dos pacientes com artrite reumatóide no Brasil: respostas dos médicos a um questionário de avaliação. **ACTA REUMATOL PORT**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 44–51, 2009.

FERREIRA, Ricardo J. O. et al. Dual target strategy: a proposal to mitigate the risk of overtreatment and enhance patient satisfaction in rheumatoid arthritis. **Annals of the**

Rheumatic Diseases, [s. l.], v. 78, n. 10, p. e109–e109, 2019. Disponível em: <<https://ard.bmj.com/content/78/10/e109>>

FERREIRO-IGLESIAS, Aida et al. Evaluation of 12 GWAS-drawn SNPs as biomarkers of rheumatoid arthritis response to TNF inhibitors. A potential SNP association with response to etanercept. **PLOS ONE**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. e0213073, 2019. Disponível em: <<http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0213073>>

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 12, n. 4, p. 965–971, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400018&lng=pt&tlng=pt>

FIGUEIREDO, Eluana Borges Leitão De et al. Research-interference: a nomad mode for researching in health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 72, n. 2, p. 571–576, 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672019000200571&tlng=en>

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 17–27, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000100003&lng=pt&tlng=pt>

GARCIA-MONTOYA, L. et al. Lessons for rituximab therapy in patients with rheumatoid arthritis. **The Lancet Rheumatology**, P. Emery, Leeds Institute of Rheumatic and Musculoskeletal Medicine, University of Leeds, Chapel Allerton Hospital, Leeds, United Kingdom, v. 2, n. 8, p. e497–e509, 2020. Disponível em: <<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2006015629&from=export>>

GERHARDT, Tatiana Engel et al. **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2016. Disponível em: <<https://www.cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>>

GERHARDT, Tatiana Engel. **Itinerário terapêutico versus trajetória assistencial** Rio Grande do Sul GESC, , 2018. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=001068145&loc=2018&l=dc4f1a4385e01a6d>>

GIL, Antonio Carlos. **Como fazer pesquisa qualitativa**. Barueri, SP: Atlas, 2021.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. In: AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; SANTOS, Liliana (Eds.). **Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, 1946-1996: saúde, sociedade e história**. São Paulo/ Porto Alegre: Hucitec/ RedeUnida, 2017. a. p. 298–374.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. Práticas de saúde e tecnologia: contribuições para reflexao teórica. In: AYRES, José Ricardo Carvalho de Mesquita; SANTOS, Liliana (Eds.). **Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, 1946-1996: saúde, sociedade e história**.

São Paulo/ Porto Alegre: Hucitec/ RedeUnida, 2017. b. p. 192–250.

GUIMARÃES, Alzira Maria D'Avila Nery; CAVALCANTE, Carmem Cemires Bernardo; LINS, Maria Zélia Soares. **Planificação da atenção primária à saúde: um instrumento de gestão e organização da atenção primária e da atenção ambulatorial especializada nas redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: CONASS, 2018.

HASEGAWA, T. et al. Efficacy of denosumab combined with bDMARDs on radiographic progression in rheumatoid arthritis. **Joint Bone Spine**, T. Hasegawa, Keio University School of Medicine, Department of Internal Medicine, Division of Rheumatology, 35, Shinanomachi, Shinjyuku-ku, Tokyo, Japan, v. 84, n. 3, p. 379–380, 2017. Disponível em: <<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L611440694&from=export>>

HUANG, Y. et al. CCL5 and related genes might be the potential diagnostic biomarkers for the therapeutic strategies of rheumatoid arthritis. **Clinical Rheumatology**, J. Li, The Department of Rheumatology, Nanfang Hospital, Southern Medical University, Guangzhou, Guangdong, China, v. 38, n. 9, p. 2629–2635, 2019. Disponível em: <<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L627368104&from=export>>

HUANG, Y. et al. Immune function and mechanism of costimulating molecules PD-1 and OX40 in rheumatoid arthritis. **Journal of Interferon and Cytokine Research**, F. Zhan, Department of Rheumatology and Immunology, Hainan Affiliated Hospital of, Hainan Medical University, No. 19, Xiuhua Road, Xiuying District Haikou, China, v. 40, n. 11, p. 530–539, 2020. Disponível em: <<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L633448870&from=export>>

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Mapas: população residente**, 2023. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 1 dez. 2020.

KAMEDA, H. et al. Sarilumab monotherapy or in combination with non-methotrexate disease-modifying antirheumatic drugs in active rheumatoid arthritis: A Japan phase 3 trial (HARUKA). **Modern Rheumatology**, H. Kameda, Division of Rheumatology, Department of Internal Medicine, Faculty of Medicine, Toho University (Ohashi Medical Center), 2-22-36 Ohashi, Meguro-ku, Tokyo, Japan, v. 30, n. 2, p. 239–248, 2020. Disponível em: <<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L628803329&from=export>>

KAWABE, A. et al. Differential long-term retention of biological disease-modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis by age group from the FIRST registry. **Arthritis Research and Therapy**, Y. Tanaka, First Department of Internal Medicine, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health, 1-1 Iseigaoka, Yahatanishi, Kitakyushu, Japan, v. 22, n. 1, 2020. Disponível em: <<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L632000465&from=export>>

KERNBERG, Otto F. Paranogênese nas organizações. In: FILLMAN, Alceu (tradutor)

(Ed.). **Ideologia, conflito e liderança em grupos e organizações**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. p. 129–145.

KHANNICHE, A. et al. Restored and enhanced memory T cell immunity in rheumatoid arthritis after TNF α blocker treatment. **Frontiers in Immunology**, Y. Wang, Shanghai Institute of Immunology, Shanghai Jiao Tong University School of Medicine, Shanghai, China, v. 10, n. APR, 2019. Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L628184626&from=export>>

KIMURA, N.; SUZUKI, K.; TAKEUCHI, T. Demographics and clinical characteristics associated with sustained remission and continuation of sustained remission in patients with rheumatoid arthritis treated with adalimumab. **Inflammation and Regeneration**, T. Takeuchi, Division of Rheumatology, Department of Internal Medicine, Keio University, School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo, Japan, v. 39, n. 1, 2019. Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L626920198&from=export>>

KIYOMOTO, Henry Dan; KIYOMOTO, Henry Dan. **Drogas modificadoras do curso da doença no tratamento da Artrite Reumatoide: sintéticos combinados versus agentes biológicos: revisão sistemática e estudo econômico**. 2018. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018. Disponível em:

<<http://weekly.cnbnews.com/news/article.html?no=124000>>

L'ABBATE, Solange. A análise institucional e a saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 265–274, 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=pt&tlng=pt>

L'ABBATE, Solange; MOURÃO, Lúcia Cardoso; PEZZATO, Lucimar Maria. **Análise Institucional e Saúde Coletiva no Brasil**. São Paulo, SP: Hucitec, 2013.

LI, H.; LI, Y. New progress in research and application of biomarkers for rheumatoid arthritis. **Chinese Journal of Laboratory Medicine**, Y. Li, Department of Clinical Laboratory, Peking Union Medical College Hospital, Peking Union Medical College and Chinese Academy of Medical Science, Beijing, China, v. 42, n. 9, p. 723–730, 2019. Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2007004742&from=export>>

LI, W. et al. Investigation of the potential use of sialic acid as a biomarker for rheumatoid arthritis. **Annals of Clinical and Laboratory Science**, L. Wang, Department of Medicinal Chemistry and Natural Medicine Chemistry, College of Pharmacy, Harbin Medical University, Baojian Road 157, Nangang District, Harbin, China, v. 49, n. 2, p. 224–231, 2019. a. Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L627778297&from=export>>

LI, Y. et al. Correlation between serum IL-35 Levels and bone loss in postmenopausal women with rheumatoid arthritis. **Mediators of Inflammation**, J. Lu, Department of

Rheumatology and Immunology, First Affiliated Hospital of China Medical University, 155 Nanjing North Street, Heping District, Shenyang, China, v. 2019, 2019. b.

Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2002914095&from=export>>

LIU, J. J. et al. Clinical deep remission and related factors in a large cohort of patients with rheumatoid arthritis. **Chinese Medical Journal**, Z.-G. Li, Department of Rheumatology and Immunology, Peking University People's Hospital, No. 11, Xizhimen South Street, Beijing, China, v. 132, n. 9, p. 1009–1014, 2019. Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L630966065&from=export>>

LOURAU, René. **A análise institucional**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

LUO, Q. et al. Serum PGLYRP-1 is a highly discriminatory biomarker for the diagnosis of rheumatoid arthritis. **Molecular Medicine Reports**, Z. Huang, Department of Clinical Laboratory, First Affiliated Hospital of Nanchang University, 17 Yongwai Zheng Jie, Nanchang, Jiangxi, China, v. 19, n. 1, p. 589–594, 2019. Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L625809071&from=export>>

MACHADO, Marina Amaral de Ávila et al. Treatment persistence in patients with rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 50, n. 0, p. 1–9, 2016.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. [s. l.], v. 24, n. 8, p. 1953–1955, 2008.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Eds.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. [s.l.] : Hucitec, 1997.

MERHY, Emerson Elias. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público**. São Paulo, SP: Xamã, 1998.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 4, n. 6, p. 109–116, 2000.

MERHY, Emerson Elias. Ato de cuidar: alma dos serviços de saúde. In: **Saúde a cartografia do trabalho**. São Paulo, SP: Hucitec, 2002. p. 115–133.

MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: **BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver-SUS Brasil: caderno de textos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 108–137.

MERHY, Emerson Elias et al. **Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3 ed ed. São Paulo: HUCITEC, 2006.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 4 ed ed. São Paulo:

Hucitec, 2014.

MERHY, Emerson Elias et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 43, n. spe6, p. 70–83, 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001100070&tlng=pt>

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrado no campo relacional e nas tecnologias leves: apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. **Saúde em Debate**, [s. l.], v. 27, n. 65, p. 316–323, 2003.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Eds.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2008. p. 427–432.

MERHY, Emerson Elias; ONOKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, SP: Hucitec, 1997.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; COSTA, António Pedro. Fundamentos teóricos das técnicas de investigação qualitativa. **REVISTA LUSÓFONA DE EDUCAÇÃO**, [s. l.], v. 40, n. 40, p. 139–153, 2018. Disponível em:

<<https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>>

MIYAZAKI, Y. et al. Efficacy and safety of tofacitinib versus baricitinib in patients with rheumatoid arthritis in real clinical practice: Analyses with propensity score-based inverse probability of treatment weighting. **Annals of the Rheumatic Diseases**, Y. Tanaka, The First Department of Internal Medicine, University of Occupational and Environmental Health, Japan, Kitakyushu, Japan, v. 80, n. 9, p. 1130–1136, 2021.

Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L634747601&from=export>>

MOEBUS, Ricardo Luiz Narciso. Pesquisa interferência desde Heisenberg. **Diversitates International Journal**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 54–61, 2015. Disponível em:

<<http://www.diversitates.uff.br/index.php/1diversitates-uff1/article/view/93/71>>

MONCEAU, Gilles. Analisar as implicações na instituição científica: uma via alternativa. **Estudos e pesquisas em psicologia**, [s. l.], n. 1, p. 13–30, 2010.

MORTIMER, I. et al. Improvement in cardiovascular biomarkers sustained at 4 years following an initial treat-to-target strategy in early rheumatoid arthritis. **Rheumatology (United Kingdom)**, J. Andrews, Chapel Allerton Hospital, Leeds Teaching Hospitals NHS Trust, Chapeltown Road, Leeds, United Kingdom, v. 58, n. 9, p. 1684–1686, 2019.

Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L629652457&from=export>>

NAGAYOSHI, Beatriz Aiko et al. Rheumatoid arthritis: profile of patients and burden of caregivers. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 44–52, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-

98232018000100044&lng=en&tlng=en>

OLIVEIRA, Silvia Coimbra De. **Itinerário terapêutico de pacientes com artrite reumatoide em uso de medicamentos modificadores do curso da doença biológicos ; Therapeutic itinerary of patients with rheumatoid arthritis using biologic disease-modifying antirheumatic drugs**. 2017. Universidade de São Paulo, [s. l.], 2017. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-05012018-095623/>>

PAIM, Jairnilson Silva. Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lígia et al. (Eds.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, 2008. p. 547–573.

PALHA, Pedro Fredemir et al. **Protocolo de Biossegurança da EERP/USP para Prevenção da COVID 19**Ribeirão Preto, SP Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, , 2021. Disponível em: <http://conteudosdigitais.eerp.usp.br/covid19/Protocolo_Biosseguranca_EERP-atualizado220721.pdf>

PASSOS, Eduardo; BARROS, Regina Benevides De. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; DA ESCÓSSIA, Lílina (Eds.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015. p. 17–31.

PAULON, Simone Mainieri. Instituição e intervenção institucional: percurso conceitual e percalços metodológicos. **Mnemosine**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 189–226, 2009.

PEDUZZI, Marina; SCHRAIBER, Lilia Blima. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Eds.). **Dicionário de Educação Profissional em Saúde**. 2 ed ed. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2008. p. 320–328.

PEREIRA, Wilza Rocha. Algumas contribuições da análise institucional para estudar as relações entre os serviços públicos de saúde e a sua clientela. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 53, n. 1, p. 31–38, 2000.

PEZZATO, Luciane Maria; BOTAZZO, Carlos; L'ABBATE, Solange. O diário como dispositivo em pesquisa multicêntrica. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 28, n. 3, p. 296–308, 2019. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/sausoc/a/DHWtPbhBJQ6gcJzhqSdrG9w/abstract/?lang=pt>>

REIS, Valéria Maria; DAVID, Helena Maria Scherlowski Leal. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. **Rev APS, Juiz de Fora**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 118–125, 2010. Disponível em: <<file:///C:/Users/User/Downloads/14347-Texto do artigo-60356-1-10-20100422.pdf>>

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. À beira da brecha: uma história da análise institucional francesa nos anos 60. In: AMARANTE, Paulo (Ed.). **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2000. p. 195–256.

RODRIGUES, Heliana de Barros Conde. Intercossos e narrativas: por uma dessujeição metodológica em pesquisa social. **Pesquisas e práticas psicossociais**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 234–242, 2011.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. O conceito de implicação e a pesquisa-intervenção institucionalista. **Psicologia & Sociedade**, [s. l.], v. 26, n. 1, p. 44–52, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/j/psoc/a/NqxBHNRmdShkZcgZJ4zg5M/abstract/?lang=pt>>

SAITO, S.; TAKEUCHI, T. Immune response in LPD during methotrexate administration (MTX-LPD) in rheumatoid arthritis patients. **Journal of clinical and experimental hematopathology : JCEH**, [s. l.], v. 59, n. 4, p. 145–155, 2019.

Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L630404518&from=export>>

SANTOS, Debora de Souza; MISHIMA, Silvana Martins; MERHY, Emerson Elias. Processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família: potencialidades da subjetividade do cuidado para reconfiguração do modelo de atenção. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 23, n. 3, p. 861–870, 2018. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000300861&lng=pt&tlng=pt>

SANTOS, Isabela de Araújo e. **Artrite reumatoide na vida real: comparação de métricas de atividade de doença com atividade residual e fator de pior desfecho em estudo multicentrico brasileiro**. 2022. Universidade de São Paulo, [s. l.], 2022.

Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17138/tde-08092022-162537/publico/ISABELADEARAULOESANTOSco.pdf>>

SCHIFFLER, Ângela Carla da Rocha; ABRAHÃO, Ana Lúcia. Interferindo nos microprocessos de cuidar em saúde mental. In: GOMES, Maria Paula Cerqueira; MERHY, Emerson Elias (Eds.). **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. p. 89–104.

SEIXAS, Clarissa Terenzi et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 23, 2019. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832019000100205&tlng=pt>

SHU, J. et al. Serum homocysteine levels and their association with clinical characteristics of inflammatory arthritis. **Clinical Rheumatology**, L. Shi, Department of Rheumatology and Immunology, Peking University International Hospital, Life Park Road No. 1 Life Science Park of Zhong Guancun, Chang Ping District, Beijing, China, v. 39, n. 11, p. 3295–3302, 2020. Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2004862788&from=export>>

SILVA, José Paulo Vicente Da; BATISTELLA, Carlos Eduardo Colpo. Problemas, necessidades e situação de saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea (Eds.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 159–176.

SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo, SP: Hucitec, 2006.

SILVA JUNIOR, Aluisio Gomes Da et al. Práticas avaliativas centradas no usuário e suas aproximações com os estudos de itinerários terapêuticos. In: GERHARDT, Tatiana Engel et al. (Eds.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro, RJ: CEPESC/IMS/UERJ-ABRASCO, 2016. p. 99–124.

SONG, X. et al. Mechanism of action of celastrol against rheumatoid arthritis: A network pharmacology analysis. **International Immunopharmacology**, X. Song, Institute for Conservation and Utilization of Agro-bioresources in Dabie Mountains, Xinyang, China, v. 74, 2019. Disponível em:
<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2002201223&from=export>>

SU, Z. et al. Possible role of β -galactosidase in rheumatoid arthritis. **Modern Rheumatology**, Y. Wang, Institutes of Biology and Medical Science, Soochow University, 199 Ren-Ai Road, Suzhou, China, v. 30, n. 4, p. 671–680, 2020. Disponível em:
<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L628775784&from=export>>

SUTER, Lisa G.; FRAENKEL, Liana; HOLMBOE, Eric S. What factors account for referral delays for patients with suspected rheumatoid arthritis? **Arthritis & Rheumatism**, [s. l.], v. 55, n. 2, p. 300–305, 2006. Disponível em:
<<http://doi.wiley.com/10.1002/art.21855>>

TAKEUCHI, T. Treatment of rheumatoid arthritis with biological agents - as a typical and common immune-mediated inflammatory disease. **Proceedings of the Japan Academy. Series B, Physical and biological sciences**, [s. l.], v. 93, n. 8, p. 600–608, 2017. Disponível em:
<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L626553368&from=export>>

TAKEUCHI, T. et al. Safety and effectiveness of peficitinib (ASP015K) in patients with rheumatoid arthritis: Interim data (22.7 months mean peficitinib treatment) from a long-term, open-label extension study in Japan, Korea, and Taiwan. **Arthritis Research and Therapy**, T. Takeuchi, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan, v. 22, n. 1, 2020. Disponível em:
<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L631202017&from=export>>

TANAKA, Y. Rheumatoid arthritis. **Inflammation and Regeneration**, Y. Tanaka, First Department of Internal Medicine, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health, Japan, Kitakyushu, Japan, v. 40, n. 1, 2020. Disponível em:
<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L632824155&from=export>>

TANAKA, Y. et al. Efficacy and Safety of E6011, an Anti-Fractalkine Monoclonal Antibody, in Patients With Active Rheumatoid Arthritis With Inadequate Response to Methotrexate: Results of a Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Phase II Study. **Arthritis and Rheumatology**, Y. Tanaka, University of Occupational and Environmental Health, Kitakyushu, Japan, v. 73, n. 4, p. 587–595, 2021. Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2010533644&from=export>>

TANAKA, Y.; IZUTSU, H. Peficitinib for the treatment of rheumatoid arthritis: an overview from clinical trials. **Expert Opinion on Pharmacotherapy**, Y. Tanaka, The First Department of Internal Medicine, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health, Japan, 1-1 Iseigaoka, Yahata-nishi, Kitakyushu, Japan, v. 21, n. 9, p. 1015–1025, 2020. Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2004888811&from=export>>

TAYLOR, P. C. et al. Baricitinib versus Placebo or Adalimumab in Rheumatoid Arthritis. **New England Journal of Medicine**, P.C. Taylor, Nuffield Department of Orthopaedics, Rheumatology, Musculoskeletal Sciences and Kennedy Institute of Rheumatology, University of Oxford, Windmill Rd., Oxford, Headington, United Kingdom, v. 376, n. 7, p. 652–662, 2017. Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L614492910&from=export>>

TOYE, Fran; SEERS, Kate; BARKER, Karen Louise. Living life precariously with rheumatoid arthritis - a mega-ethnography of nine qualitative evidence syntheses. **BMC Rheumatology** 2019 3:1, [s. l.], v. 3, n. 1, p. 1–13, 2019. Disponível em:

<<https://bmc-rheumatol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41927-018-0049-0>>

VILLENEUVE, Edith et al. A systematic literature review of strategies promoting early referral and reducing delays in the diagnosis and management of inflammatory arthritis. **Annals of the Rheumatic Diseases**, [s. l.], v. 72, n. 1, p. 13–22, 2013. Disponível em:

<<https://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2011-201063>>

WANG, Y. et al. Effects of glucocorticoids on osteoporosis in rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. **Osteoporosis International**, G. Guo, Department of Rheumatology, Affiliated Hospital of Nantong University, 20th Xisi Road, Nantong, Jiangsu Province, China, v. 31, n. 8, p. 1401–1409, 2020. Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2004718009&from=export>>

XU, K. et al. Clinical markers combined with HMGB1 polymorphisms to predict efficacy of conventional DMARDs in rheumatoid arthritis patients. **Clinical Immunology**, J. Wang, Department of Rheumatology, the First Affiliated Hospital of Xi'an Jiaotong University, No. 277 Yanta Road (w), Xi'an City, Shaanxi Province, China, v. 221, 2020. Disponível em:

<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2008456755&from=export>>

YAMAGUCHI, A. et al. 5-year remission rate after the discontinuation of adalimumab in patients with rheumatoid arthritis: Long-term follow-up results of the HONOR study. **Modern Rheumatology**, Y. Tanaka, The First Department of Internal Medicine, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health, 1-1

Iseigaoka Yahatanishi, Kitakyushu, Japan, v. 30, n. 5, p. 799–806, 2020. Disponível em: <<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2004083417&from=export>>

ZHAO, J. et al. Thalidomide plus leflunomide for rheumatoid arthritis and its impacts on d-dimer expression. **International Journal of Clinical and Experimental Medicine**, Y. Zhang, Department of Rheumatism and Immunity, Weifang People's Hospital, No.151 Guangwen Street, Kuiwen District, Weifang City, Shandong Province, China, v. 11, n. 9, p. 9827, 2018. Disponível em:
<<https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L624249586&from=export>>

Ilustração: Luiz Badaró, Rondonópolis-MT.

Figuras: Elaboradas pelo autor – Aplicativo Canva.



ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDONÓPOLIS - UFR



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Produção do cuidado das pessoas com artrite reumatoide e as possibilidades de intervenção por meio de novas abordagens terapêuticas

Pesquisador: GRACIANO ALMEIDA SUDRE

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 50063221.4.0000.0126

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDONOPOLIS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.909.870

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação da Pesquisa", "Objetivos da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1797727 de 06/08/2021) e/ou do Projeto Detalhado (Versao_2_PROJETO_MODELO_BROCHURA de 06/08/2021). Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo pesquisa-intervenção, que será realizada no município de Rondonópolis-MT, com 94 participantes, divididos entre gestores, profissionais de saúde, usuários com artrite reumatoide e pesquisadores. As hipótese de pesquisa são: "(1) O atendimento para pessoas com artrite reumatoide concentra-se nas intervenções biológicas e medicamentosas para contenção da inflamação causada pela doença; (2) Os gestores e profissionais não se articulam institucionalmente de forma efetiva, pouco facilitando o fluxo do usuário no sistema de saúde, trazendo à tona um modelo com foco na produção de procedimentos e não na produção de cuidados; (3) Possivelmente, devido à produção das práticas na atenção à pessoa com artrite reumatoide estarem voltadas à produção de procedimentos (exames, medicalização, rotina de encaminhamentos aos serviços especializados), ao invés de produção de cuidado, ocorre uma ampliação do itinerário e peregrinação do usuário, com ausência de ações centradas na pessoa e não atribuição de valor às suas necessidades de saúde; (4) A produção de procedimentos pode ser decorrente do modelo hegemônico, que por sua vez, valoriza atenção uniprofissional centrada na doença, dessa forma, ao invés de promover autonomia e saúde podem produzir dependência e

Endereço: AVENIDA DOS ESTUDANTES, 5055 Bloco Administrativo da UFR, terreo, sala 1
Beirro: CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 78.736-900
UF: MT **Município:** RONDONOPOLIS
Telefone: (66)3410-4153 **E-mail:** cep@ufr.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDONÓPOLIS - UFR



Continuação do Parecer: 4.909.870

manutenção da doença." (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1797727 de 06/08/2021, página 4).

A pesquisa está estruturada em quatro etapas, conforme descrição abaixo: "(1) Na primeira etapa (aproximação dos trabalhadores e das práticas instituídas): participarão profissionais das unidades de saúde que acompanham ou desenvolvem algum atendimento direcionado às pessoas com artrite reumatóide – entrevistas individuais. Critério de inclusão, ter atendido pessoas com artrite reumatoide – 20 participantes; (2) Segunda etapa do estudo (aproximação de grupos para análise e intervenção): participarão trabalhadores dos serviços de atenção básica, especializada e gestores do sistema local de saúde, compondo um grupo com até 08 participantes de cada distrito de saúde. Obedecendo os critérios de inclusão: distribuição igualitária de vagas (gestores/atenção especializada/atenção básica), gestores serão selecionados intencionalmente. Os demais componentes do grupo serão indicados pelos gestores – grupos focais – 40 participantes; (3) Na terceira etapa do estudo (aproximação das pessoas com artrite reumatóide), participarão pessoas com artrite reumatoide que utilizam o Sistema Único de Saúde (SUS). Como critério de inclusão, indicação por profissionais do ambulatório de reumatologia e por pessoas com artrite reumatóide – utilizando-se uma técnica de coleta de dados conhecida como bola de neve – snowball sampling. O limite de inclusão de novos participantes obedecerá ao critério de saturação dos dados – entrevistas individuais – 20 participantes; (4) Na quarta etapa (grupos de intervenção), serão proporcionados encontros com um grupo de restituição e análise (selecionados pelo pesquisador de forma intencional, considerando principalmente a complexidade do percurso assistencial e interesse em participar) – grupo focal. Critério de inclusão: distribuição igualitária entre participantes da atenção básica, especializada e hospitalar; gestores e profissionais de saúde, profissionais indicados pelos gestores e pessoas com artrite reumatoide de forma intencional, considerando a complexidade do itinerário apresentado em etapa anterior do estudo – 12 participantes." (Versao_2_PROJETO_MODELO_BROCHURA de 06/08/2021, página 8).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

"Analisar as instituições que interferem na produção do cuidado das pessoas com artrite reumatoide e as possibilidades de intervenções por meio de novas abordagens terapêuticas." (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1797727 de 06/08/2021, página 4).

Objetivos Específicos:

Endereço: AVENIDA DOS ESTUDANTES, 5055 Bloco Administrativo da UFR, terreo, sala 1
Bairro: CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 78.736-900
UF: MT **Município:** RONDONOPOLIS
Telefone: (66)3410-4153 **E-mail:** cep@ufr.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDONÓPOLIS - UFR



Continuação do Parecer: 4.909.870

"(1) Identificar os elementos/situações que desvelam o processo de trabalho e demarcam o atendimento em saúde à pessoa com artrite reumatóide e as ações que convergem com novas possibilidades terapêuticas, em especial para dual target strategy. (2) Mapear os aspectos da organização do trabalho das unidades e a produção de serviços/procedimentos envolvendo a atenção à pessoa com artrite reumatoide (Fluxograma Analisador); (3) Esquematizar a produção subjetiva do itinerário terapêutico das pessoas com artrite reumatoide (itinerário terapêutico); (4) Analisar as implicações profissionais dos gestores e profissionais de saúde diante da linha de cuidado, organização do atendimento nos serviços (fluxograma analisador) e do itinerário terapêutico das pessoas com artrite reumatoide" (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1797727 de 06/08/2021, página 4).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sobre os riscos o pesquisador menciona:

"A presente pesquisa contará com a participação, por meio de entrevistas individuais e em grupos, os riscos serão mínimos. Na segunda e quarta etapa, por se tratar de grupos focais, encontros de discussão e construção coletiva, os riscos poderão estar presentes na dificuldade de expressar aquilo que deseja ao grupo, lidar com temas confidenciais com receio de exposição, possível constrangimento pela figura de outro profissional da saúde ou pela presença de gestores. Os riscos referentes a essas etapas serão minimizado por eleição de um facilitador de grupo capacitado para o manejo do mesmo; instalação de contrato de atividade do grupo, redigido no início das atividades com o grupo e pelo grupo – considerando os critérios individuais por meio da escuta de cada participante; cada participante do grupo terá espaço para dialogar sobre as questões que aparecerem de forma individual e coletiva, buscando a resolução dos conflitos com o auxílio do facilitador. O sigilo das informações será pactuado (aconteceu no grupo, fica no grupo). Na demais etapas, primeira e terceira, compostas por entrevistas individuais – por se tratarem de entrevistas em profundidade, os riscos poderão advir do resgate às situações vividas, que poderão ser conflitantes e provocar reações de frustração, estresses e descontentamento. Esses riscos serão minimizados por seleção de pesquisador capacitado para realização da entrevista, que tenha habilidades que permitam auxiliar o participante, em um processo de intervenção breve, na ressignificação e resgate positivo dos sentimentos experienciados. Em relação aos riscos de utilização de áudio e imagem em ambiente virtual, devido às limitações das tecnologias utilizadas, os pesquisadores apresentam limitações para assegurar total confidencialidade, surgindo potencial risco para violação dos dados. Por esse motivo, serão adotadas algumas medidas para minimizar os riscos relacionados à identificação dos participantes garantindo o anonimato e sigilo das

Endereço: AVENIDA DOS ESTUDANTES, 5055 Bloco Administrativo da UFR, terreo, sala 1
Bairro: CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 78.736-900
UF: MT **Município:** RONDONOPOLIS
Telefone: (66)3410-4153 **E-mail:** cep@ufr.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDONÓPOLIS - UFR



Continuação do Parecer: 4.909.870

informações divulgadas: Utilizar conta institucional, com acesso restrito e com política de privacidade mais abrangente que as contas convencionais não institucionais (os pesquisadores descreverão os aspectos principais dispostos na política de privacidade da plataforma de comunicação síncrona, ou seja, em tempo real); links criados por meio de plataformas conveniadas à Universidade de São Paulo, com acesso por meio do e-mail institucional - @usp.br; O link de acesso à entrevista/grupo focal não será distribuído por meio de lista de e-mail ou disponibilizado de forma pública; Serão criados links diferentes em cada atividade e sua disponibilização será individual, dez minutos antes da atividade; Os pesquisadores farão download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem", logo após a disponibilização do conteúdo pela plataforma virtual. Seja de forma presencial ou remota, todo conteúdo produzido durante a realização deste estudo serão exclusivamente para cumprir os objetivos propostos por essa pesquisa, permanecendo arquivados, sobre responsabilidade dos pesquisadores, por cinco anos, de acordo com a resolução supracitada. Para utilização dos dados será preservado o anonimato do participante. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE será apresentado em linguagem acessível de forma individual, antes do início da pesquisa, respeitando-se inclusive às etapas dos estudos. Os objetivos, método, aspectos éticos e a aplicação dos resultados serão explicitados, uma via ficará com o pesquisador responsável e outra com o participante da pesquisa. O TCLE também abordará os riscos em participar da pesquisa." (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1797727 de 06/08/2021, página 5).

Sobre os benefícios, o pesquisador menciona:

"Aos participantes também será explicado sobre os benefícios advindos do processo de pesquisa: aos profissionais e gestores, a possibilidade de aprendizagem de novas estratégias de gestão do cuidado e trabalho em saúde, possibilitando a ressignificação das práticas; às pessoas com artrite reumatoide, além de entender melhor sobre a própria trajetória, poderão redesenhar novas possibilidades de tratamento, reorganizando suas metas para incremento dos processos de gestão do autocuidado, além da possibilidade de perceber-se no mundo de forma coletiva, nos momentos de grupo, fator que poderá ampliar a rede de apoio social para enfrentamento dessa doença de longa duração. Além dos benefícios, tendo como direito, caso ocorra alguma infração ou seja infringido algum direito, será ofertada assistência a tudo o que for necessário se ocorrer danos decorrentes do estudo, de forma gratuita, pelo tempo que for preciso. Se isto acontecer, o participante terá direito a reclamar indenização, por parte dos pesquisadores e da Instituição

Endereço: AVENIDA DOS ESTUDANTES, 5055 Bloco Administrativo da UFR, terreo, sala 1
Bairro: CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 78.736-900
UF: MT **Município:** RONDONOPOLIS
Telefone: (66)3410-4153 **E-mail:** cep@ufr.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDONÓPOLIS - UFR



Continuação do Parecer: 4.909.870

envolvida, ou seja, terá direito ao ressarcimento caso identifique prejuízo de qualquer ordem em qualquer etapa da pesquisa. Previsão de ressarcimento de despesas do participante, quando/se necessário, inclui gastos com internet, quebra de sigilo e anonimato, transporte e alimentação, compensação material ou outros/nos casos ressalvados no item II.10 da Resolução do CNS nº 466/12/Ofício Circular N. 2/2021/CONEP/SECS/MS/Orientações para procedimentos/qualquer etapa em ambiente virtual. Todas as despesas serão custeadas pelos pesquisadores responsáveis." (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1797727 de 06/08/2021, página 5).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo nacional, a ser realizado em Rondonópolis-MT, com 94 participantes, por meio de financiamento próprio. A pesquisa possui caráter acadêmico, para obtenção do título de doutor no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública, da Universidade de São Paulo-Ribeirão Preto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide campo "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Recomendações:

Considerando que no TCLE consta a garantia do anonimato sugere-se o uso de pseudônimos ou iniciais dos nomes.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo de pesquisa aprovado, visto que o pesquisador responsável sanou todas as pendências elencadas no Parecer Consubstanciado do CEP/UFR N° 4.876.839, de 31 de Julho de 2021.

Considerações Finais a critério do CEP:

A presente proposta foi aprovada no que concerne aos aspectos éticos. Caso haja mudança na proposta inicial, este CEP deverá ser informado, por meio de Emendas, via Plataforma Brasil. Os relatórios parciais deverão ser encaminhados, semestralmente, para o CEP com vistas ao acompanhamento da execução do projeto, ao término deste, o pesquisador responsável deverá encaminhar o relatório final ao CEP, conforme as resoluções em vigência.

Durante a pandemia provocada pelo coronavírus SARS-COV-2, conforme Ofício Circular CONEP no. 08/2020, de 01 de abril de 2020, recomenda-se a adoção de medidas preventivas e de gerenciamento das atividades de pesquisa, "garantindo-se as ações primordiais à saúde,

Endereço: AVENIDA DOS ESTUDANTES, 5055 Bloco Administrativo da UFR, terreno, sala 1
Bairro: CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 78.736-900
UF: MT **Município:** RONDONOPOLIS
Telefone: (66)3410-4153 **E-mail:** cep@ufr.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDONÓPOLIS - UFR**



Continuação do Parecer: 4.909.870

minimizando prejuízos e potenciais riscos, além de prover cuidado e preservar a integridade e assistência dos participantes e da equipe de pesquisa."

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1797727.pdf	06/08/2021 06:48:07		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao_2_TCLE_ETAPA4_GRUPOFOCAL_PROFSSIONAIS.pdf	06/08/2021 06:47:14	GRACIANO ALMEIDA SUDRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao_2_TCLE_ETAPA4_GRUPOFOCAL_PESSOAS_AR.pdf	06/08/2021 06:46:35	GRACIANO ALMEIDA SUDRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao_2_TCLE_ETAPA4_GRUPOFOCAL_GESTORES.pdf	06/08/2021 06:46:15	GRACIANO ALMEIDA SUDRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao_2_TCLE_ETAPA3_ENTREVISTA_PESSOASAR.pdf	06/08/2021 06:44:19	GRACIANO ALMEIDA SUDRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao_2_TCLE_ETAPA2_GRUPOFOCAL_PROFSSIONALSAUDE.pdf	06/08/2021 06:43:54	GRACIANO ALMEIDA SUDRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao_2_TCLE_ETAPA2_GRUPOFOCAL_GESTORES.pdf	06/08/2021 06:43:31	GRACIANO ALMEIDA SUDRE	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Versao_2_TCLE_ETAPA1_ENTREVISTA_PROFSSIONAIS.pdf	06/08/2021 06:43:08	GRACIANO ALMEIDA SUDRE	Aceito
Brochura Pesquisa	Versao_2_RESUMO.pdf	06/08/2021 06:42:38	GRACIANO ALMEIDA SUDRE	Aceito
Cronograma	Versao_2_CRONOGRAMA_PESQUISA_AR.pdf	06/08/2021 06:41:40	GRACIANO ALMEIDA SUDRE	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Versao_2_PROJETO_MODELO_BROCHURA.pdf	06/08/2021 06:41:21	GRACIANO ALMEIDA SUDRE	Aceito
Solicitação	Versao_2_OFICIO_RESPOSTA.pdf	06/08/2021	GRACIANO	Aceito

Endereço: AVENIDA DOS ESTUDANTES, 5055 Bloco Administrativo da UFR, terreo, sala 1
Bairro: CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 78.736-900
UF: MT **Município:** RONDONÓPOLIS
Telefone: (66)3410-4153 **E-mail:** cep@ufr.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
RONDONÓPOLIS - UFR



Continuação do Parecer: 4.909.870

Assinada pelo Pesquisador Responsável	Versao_2_OFICIO_RESPOSTA.pdf	06:40:48	ALMEIDA SUDRE	Aceito
Outros	Carta_de_Anuencia_AR_SMSROO.pdf	23/07/2021 18:10:20	GRACIANO ALMEIDA SUDRE	Aceito
Orçamento	Orcamento_detalhado.pdf	23/07/2021 18:09:43	GRACIANO ALMEIDA SUDRE	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO_1_ASSINADA.pdf	23/07/2021 17:58:36	GRACIANO ALMEIDA SUDRE	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RONDONOPOLIS, 16 de Agosto de 2021

Assinado por:
ALINE PEREIRA MARQUES
(Coordenador(a))

Endereço: AVENIDA DOS ESTUDANTES, 5055 Bloco Administrativo da UFR, terreo, sala 1
Bairro: CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 78.736-900
UF: MT **Município:** RONDONOPOLIS
Telefone: (66)3410-4153 **E-mail:** cep@ufr.edu.br