



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

SAMIRA VIRGINIA DE FRANÇA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19:
ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a
obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva –
Mestrado Profissionalizante da Universidade de Brasília

Orientador: Prof. Dr. Éverton Luís Pereira

BRASÍLIA

2023

SAMIRA VIRGINIA DE FRANÇA

**ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19:
ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissionalizante da Universidade de Brasília.

Orientador: Prof. Dr. Éverton Luís Pereira

Aprovada em 23/06/2023

Banca Examinadora

Dr. Éverton Luís Pereira (Presidente)
Universidade de Brasília

Dra. Daphne Rattner (Membro interno)
Universidade de Brasília

Dr. Gustavo Nunes de Oliveira (Membro externo)
Universidade Federal de São Carlos

Dra. Ximena Pamela Díaz Bermúdez (Suplente)
Universidade de Brasília

Dedico este trabalho a todas as pessoas que foram hospitalizadas por covid-19 e às(aos) cuidadoras(es) que as acolheram e vivenciaram as dores desta pandemia de forma tão intensa.

AGRADECIMENTOS

A palavra gratidão nunca fez tanto sentido para mim quanto neste momento. Em primeiro lugar, pelo privilégio que tenho de estar viva e com saúde. Segundo, porque não foi fácil fazer um mestrado profissionalizante num período em que a ciência foi tão questionada e durante uma fase de grandes mudanças e exigências na minha carreira. Esses desafios me ensinaram bastante e me mostraram a importância de ter uma rede de apoio forte e sensível, sem a qual eu não teria sido capaz de concluir esta pesquisa.

Agradeço aos meus pais e à minha avó, por terem me ensinado, desde cedo, sobre o valor e o poder transformador da educação. Ao meu companheiro Eliseu e a toda a minha família, por me trazerem acolhimento, paz e soluções nas horas em que a ansiedade tomou conta de mim.

Às(aos) amigas(os), colegas de trabalho e à Sala de Apoio ao Pesquisador do HUB-UnB, pela paciência e pelas palavras de incentivo que me fizeram (re)acreditar na minha capacidade. Especialmente às professoras Dayde Mendonça e Elza Noronha, que me ensinam diariamente sobre a importância do SUS e me incentivaram a ingressar no mestrado em Saúde Coletiva, abrindo minha mente para um universo de possibilidades que, até então, eu desconhecia.

Às(aos) docentes e colegas do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva que me acompanharam desde o início desta jornada, compartilhando conhecimentos, empatia e gentileza. Em especial à coordenadora do Mestrado Profissionalizante, professora Verônica Ginani, que se fez presente sempre que precisei de apoio.

Aos pesquisadores da UnB que atuaram e ainda atuam no projeto “Síndromes respiratórias graves no Distrito Federal”, que nos cederam espaço e apoio para que também pudéssemos contribuir com os objetivos dessa iniciativa, principalmente à equipe do estudo de custos da doença – Henry, Maria Regina, Ana Carolina e Luciana.

Por fim, quero expressar minha imensa gratidão ao professor Éverton Pereira, por exercer de forma tão leve, responsável e coerente a função (e que função) de orientar este trabalho e me ajudar a percorrer um “itinerário” de tantos aprendizados.

“Essa crise mostra a importância de se investir em ciência e tecnologia. Mas não ciência e tecnologia a serviço de dominação e opressão; ciência e tecnologia a serviço da humanidade, das populações.”
(Kabengele Munanga)

RESUMO

Introdução: A pandemia de covid-19 evidenciou que as sociedades em todo o mundo precisam estar cada vez mais preparadas para lidar com a complexidade das emergências sanitárias. Neste contexto, os estudos sobre itinerários terapêuticos podem ajudar a identificar modelos de cuidado adotados por diferentes pessoas e grupos sociais em situações de adoecimento e compreender o processo de acesso aos serviços de saúde, contribuindo para o planejamento e gestão de políticas públicas mais efetivas. Na perspectiva da antropologia da saúde, o itinerário terapêutico é definido como o caminho percorrido por um indivíduo e sua rede de apoio na busca pela recuperação da saúde. As decisões e experiências vivenciadas ao longo dessa trajetória ocorrem não apenas no nível institucional e são influenciadas por diversos fatores cognitivos, culturais e sociais. **Objetivo:** Conhecer os itinerários terapêuticos de pacientes hospitalizados com Síndrome Respiratória Aguda Grave causada pela covid-19, desde o início dos sintomas até o desfecho da hospitalização. **Métodos:** Estudo de caso integrado, com triangulação de evidências quantitativas e qualitativas obtidas a partir da análise do banco de dados brutos de um estudo observacional (coorte clínica) realizado no Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal. **Resultados:** O estudo descreveu os percursos realizados por 233 pessoas no SUS entre maio de 2020 e dezembro de 2021, além de explorar associações entre o perfil clínico e sociodemográfico e o processo de acesso aos serviços de saúde. A maioria dos participantes eram idosos, do sexo masculino, pretos e pardos, com baixo nível de renda e escolaridade e múltiplas comorbidades. Ao contrário do que costuma ser evidenciado em pesquisas sobre essa temática, a maioria dos pacientes teve acesso rápido aos serviços de saúde e não precisou peregrinar por várias unidades para conseguir atendimento. Os fatores mais associados à escolha do primeiro serviço buscado foram ocupação, região de saúde da residência, classe econômica e escolaridade. Já os fatores determinantes para a facilidade de acesso ao SUS foram o tipo de serviço buscado primeiro, a gravidade do caso e o contexto socioeconômico dos pacientes. **Conclusão:** os resultados deste estudo de caso podem auxiliar gestores do SUS com reflexões sobre o complexo desafio de organizar políticas que considerem a influência de determinantes sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde e sejam capazes de responder efetivamente às necessidades da população, especialmente no contexto das emergências sanitárias.

Palavras-Chave: Itinerário Terapêutico; Covid-19; Acesso aos Serviços de Saúde; Determinantes Sociais da Saúde; Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

Introduction: The covid-19 pandemic has shown that societies around the world need to be increasingly prepared to deal with the complexity of health emergencies. In this context, studies on therapeutic itineraries can help identify care models adopted by different people and social groups in situations of illness and understand the process of access to health services, contributing to the planning and management of more effective public policies. From the perspective of health anthropology, the therapeutic itinerary is defined as the path taken by an individual and their support network in the search for health recovery. The decisions and experiences lived along this path occur not only at the institutional level and are influenced by several cognitive, cultural and social factors. **Objective:** To know the therapeutic itineraries of inpatients with Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) caused by covid-19, from the onset of symptoms to the end of hospitalization. **Methods:** This research was designed as an integrated case study, with triangulation of quantitative and qualitative evidence obtained from the analysis of the raw database of an observational study (clinical cohort) carried out at the University Hospital of Brasília, Federal District. **Results:** The study described the paths taken by 233 people in the Unified Healthcare System (SUS) between May 2020 and December 2021, in addition to exploring associations between the clinical and sociodemographic profile and the process of accessing health services. Most participants were elderly, male, black and brown, with low income and education levels and multiple comorbidities. Contrary to what is usually evidenced in research on this topic, most patients had quick access to health services and did not have to wander through several units to get care. The factors most associated with the choice of the first service sought were occupation, health region of residence, economic class, and schooling. The determining factors for ease of access to the SUS were the type of service sought first, the severity of the case and the socioeconomic context of the patients. **Conclusion:** the results of this case study can help SUS managers in the complex challenge of organizing policies that consider the influence of social determinants on access and use of health services and are capable of effectively responding the needs of population, especially in the context of emergencies.

Keywords: Therapeutic Itinerary; Covid-19; Access to Health Services; Social Determinants of Health; Unified Health System (SUS).

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Regiões administrativas (RAs) e regiões de saúde do DF

Figura 2 – Fluxograma de seleção dos participantes da pesquisa

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos participantes do estudo de caso

Figura 2 – Distribuição geográfica dos endereços de residência dos participantes e dos serviços de saúde por onde eles passaram

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1 – Descrição do percurso teórico-metodológico da pesquisa

Quadro 2 – Distribuição das UBS nas regiões de saúde do DF

Tabela 1 – Descrição do perfil demográfico e de saúde dos participantes

Tabela 2 – Descrição do itinerário terapêutico dos participantes, a partir das características do processo de adoecimento e acesso ao sistema de saúde

Tabela 3 – Razões de prevalência brutas e ajustadas, conforme modelo de regressão de Poisson com variância robusta e seus respectivos intervalos de 95% de confiança, para os dois eventos que caracterizaram o processo de acesso aos serviços de saúde

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AES	Atenção Especializada à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
COE	Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública
Covid-19	Coronavirus Disease 2019
DF	Distrito Federal
Ebserh	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HUB-UnB	Hospital Universitário de Brasília
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IT	Itinerário terapêutico
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
RA	Região Administrativa
RAS-DF	Rede de Atenção à Saúde do Distrito Federal
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
RP	Razão de prevalência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SES-DF	Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
SRAG	Síndrome Respiratória Aguda Grave
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnB	Universidade de Brasília
UFs	Unidades Federativas do Brasil
UPA	Unidade de Pronto-Atendimento
USRAG	Unidade de Manejo da Síndrome Respiratória Aguda Grave do HUB-UnB
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	OBJETIVOS	17
2.1	OBJETIVO GERAL	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3	REFERENCIAL TEÓRICO	18
3.1	CONTEXTUALIZAÇÃO	18
3.2	REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E ENFRENTAMENTO À COVID-19 NO DISTRITO FEDERAL	20
3.3	EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO NA PERSPECTIVA DA ANTROPOLOGIA DA SAÚDE	28
3.4	PROPOSIÇÕES TEÓRICAS PARA O ESTUDO DE CASO	34
4	MÉTODOS	36
4.1	ANÁLISE DOCUMENTAL	37
4.2	EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS BRUTOS DE UMA COORTE	38
4.3	GEORREFERENCIAMENTO DO PERCURSO DOS PACIENTES	41
4.4	TRIANGULAÇÃO DE EVIDÊNCIAS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	42
4.5	QUESTÕES ÉTICAS	44
5	RESULTADOS	45
5.1	ARTIGO CIENTÍFICO	45
5.2	PRODUTO TÉCNICO	71
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
	REFERÊNCIAS	95
	APÊNDICES	102
	APÊNDICE A – MATRIZ DE EXTRAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	102
	ANEXOS	106
	ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)	106
	ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO	111

1 INTRODUÇÃO

Em 11 de março de 2020, a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou a covid-19 como uma pandemia, reconhecendo que naquele momento havia surtos de infecção pelo coronavírus SARS-CoV-2 em várias regiões do mundo (OPAS, 2022). Especialmente nos dois anos que se seguiram, a população mundial viveu um período de grandes perdas, transformações e instabilidades geradas pelas mais diversas consequências globais e locais da disseminação do vírus.

O Brasil se destacou negativamente neste cenário, sendo o país com o segundo maior número de mortes causadas pela doença, atrás apenas dos Estados Unidos (WHO, 2022). Nos dois primeiros anos desde a declaração da pandemia, foram registrados mais de 22 milhões de casos confirmados e quase 620 mil óbitos associados à covid-19 no país (BRASIL, 2022). Apesar do quão impressionantes esses números já sejam, o inexplicável número de óbitos excedentes nesse período sugere que houve subnotificação nos serviços de vigilância epidemiológica e que a dimensão da tragédia certamente é ainda maior do que o que foi oficialmente divulgado (ORELLANA et al., 2021).

No primeiro ano, com o rápido aumento no número de casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), que é a forma mais grave da doença, a procura pelos serviços de saúde e o volume de pacientes internados, especialmente em leitos de unidade de terapia intensiva (UTI), cresceu exponencialmente. Durante a semana epidemiológica 28, em julho de 2020, o Brasil registrou cerca de 36 mil hospitalizações por SRAG, número 27 vezes maior que o registrado no mesmo período do ano anterior (BRASIL, 2022). Naquele momento, os estabelecimentos de saúde chegaram ao limite de sua capacidade de atendimento, com consequências sem precedentes para a população e para os próprios profissionais. Se, por um lado, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi colocado à prova, por outro ele demonstrou o quanto é essencial para a garantia do direito à saúde pública gratuita e universal, mesmo tendo que lidar com constantes ameaças aos seus princípios e à sua sustentabilidade (PAIVA; JURUÁ, 2020).

A situação brasileira foi especialmente marcada pela falta de estratégias articuladas entre as instâncias federal, estaduais e municipais de governo para reduzir a propagação do vírus e gerenciar a emergência de maneira coordenada e informada

por evidências científicas (THE LANCET, 2020). Diariamente, o que se viu na pauta das discussões cotidianas foram questões relacionadas à ausência de políticas públicas eficientes, à falta de transparência sobre dados epidemiológicos, à circulação de notícias falsas, ao negacionismo, ao uso de medicamentos, diretrizes e protocolos clínicos sem eficácia comprovada e à desorientação e baixa adesão da população às medidas preventivas, incluindo a própria vacinação.

O país teve que lidar não apenas com a ameaça do vírus, mas com uma “ignorância planejada”, que produziu efeitos desastrosos na forma como muitas pessoas reagiram à crise (MIGUEL, 2020). Com atitudes que reafirmaram seu desprezo pelos direitos humanos e a ciência, o próprio presidente da República, Jair Bolsonaro, foi o primeiro a banalizar a pandemia e a dor das pessoas, ignorando as alternativas para enfrentá-la e contribuindo para a desinformação da população (BIROLI, 2020). Esses acontecimentos mostram como os comportamentos diante de uma doença são moldados por visões de mundo, ideologias e posicionamentos político-partidários, e não apenas por fatores biológicos (TONIOL; GROSSI, 2020). Por isso, as questões relacionadas à saúde e à doença precisam considerar os contextos socioculturais específicos em que elas ocorrem (LANGDON; WIILK, 2010).

As reflexões das ciências sociais e humanas têm sido extremamente importantes neste sentido, pois permitem compreender as experiências vivenciadas na pandemia e seus impactos sobre o presente e o futuro de diferentes grupos sociais. Essas discussões, em especial as desenvolvidas no campo da antropologia da saúde, podem ser úteis para identificar como as pessoas lidam com a saúde/adoecimento no contexto da diversidade cultural e das desigualdades regionais, sociais e políticas que caracterizam a população brasileira (GERHARDT, 2006).

As repercussões que a covid-19 produz sobre os indivíduos e suas realidades de vida são as mais diversas possíveis, revelando que “centro e periferia pagam a conta das emergências em saúde de forma distinta” (RODRIGUES; LIRA, 2020, p. 642). Cada pessoa possui níveis de vulnerabilidade distintos em relação à infecção, ao acesso às medidas preventivas e à disponibilidade de estratégias de diagnóstico e tratamento da doença. Isso significa que grupos que já enfrentavam uma trajetória de violação de direitos certamente sentirão os efeitos e as transformações sociais provocadas pelo Coronavírus de forma mais devastadora (NAKAMURA; SILVA, 2020).

Essas desigualdades demandam ações e políticas públicas que sejam capazes de garantir a equidade na distribuição de recursos e no acesso para grupos e regiões com características socioeconômicas diferentes (SOUZA, 2020). Se esse esforço já era necessário em “dias normais”, torna-se essencial em um cenário de emergência sanitária. Em um momento cheio de mudanças, incertezas, medos e desafios relacionados aos modos de viver e cuidar das sociedades, é importante entender como diferentes pessoas e grupos lidam com a doença e o que fundamenta suas experiências e “decisões”.

Apesar da vasta produção científica dos últimos anos a respeito da pandemia, poucos estudos têm abordado a questão dos itinerários terapêuticos de pessoas com covid-19 no Brasil (BOSAIPO et al., 2021; PAULA et al., 2020; RIBEIRO; ROSSI, 2020; SILVA et al., 2021a, 2021b). A maioria deles descreve experiências e dificuldades enfrentadas por pessoas que tiveram sintomas leves ou moderados e não chegaram a ser internadas. Já os estudos que avaliam a trajetória de pacientes hospitalizados tendem a focar nos aspectos biomédicos dos chamados *care pathways* ou caminhos terapêuticos percorridos durante a internação, sem considerar fatores humanos, culturais, políticos e socioeconômicos que podem ajudar a compreender o processo de busca por cuidados como um fato social que se dá não apenas dentro dos estabelecimentos de saúde, mas também fora deles.

Na tentativa de preencher essa lacuna, mas sem a pretensão de esgotar um tema tão amplo e complexo, esta dissertação partiu da seguinte **questão de pesquisa**: Quais foram os caminhos percorridos por pessoas hospitalizadas por covid-19 para acessar o SUS e como isso se relaciona com seu contexto de vida?

A pesquisa foi concebida como parte de um conjunto de esforços liderado por pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB), intitulado “Síndromes respiratórias graves no Distrito Federal”, que abordou diversos aspectos da covid-19 com foco na produção de conhecimentos para a tomada de decisão pelos gestores do SUS. Uma das iniciativas do grupo foi um estudo observacional longitudinal do tipo coorte clínica¹, que acompanhou pacientes internados no Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB) entre maio de 2020 e dezembro de 2021 com SRAG causada pela covid-19.

¹ A coorte pode ser definida como um tipo de estudo epidemiológico observacional onde um grupo de participantes que preenchem certos critérios de elegibilidade é acompanhado por um determinado período, com o objetivo de coletar informações que permitam identificar possíveis associações entre fatores de exposição e desfechos em saúde.

O HUB-UnB é um órgão complementar da UnB, gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (Ebserh), estatal vinculada ao Ministério da Educação. Certificado como hospital de ensino desde 2005, conta com cerca de 230 leitos e presta serviços hospitalares e ambulatoriais de alta e média complexidade em diversas especialidades, exclusivamente para usuários do SUS, por meio de contrato com a Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF) (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA, 2022). O hospital está localizado em Brasília e integra a região central da Rede de Atenção à Saúde do Distrito Federal (RAS-DF).

No primeiro ano da pandemia, o HUB-UnB foi um dos hospitais públicos do DF a ofertar leitos de enfermaria e UTI para casos graves de covid-19, a partir da criação da Unidade de Manejo da Síndrome Respiratória Aguda Grave (USRAG). Essa área recebia pessoas com Síndrome Respiratória Aguda Grave encaminhadas pelo Núcleo de Regulação Interna (pacientes do próprio hospital) ou pelo Complexo Regulador da SES-DF (transferidas por outros serviços das sete regiões de saúde do DF). A Unidade funcionou de abril de 2020 a abril de 2021, com perfil, quantidade e localização dos leitos variando bastante ao longo do tempo, sendo que o maior volume de internações ocorreu entre junho e agosto de 2020. Quando as taxas de ocupação caíram e a SES-DF já havia organizado outras unidades exclusivas para covid-19, o HUB-UnB desmobilizou a USRAG e seguiu fazendo a vigilância epidemiológica e isolamento dos casos de covid-19 somente para os pacientes já internados no hospital. Do início da pandemia até dezembro de 2021, 707 pessoas foram internadas na instituição, o que corresponde a 2,17% dos casos notificados de SRAG causada pelo SARS-CoV-2 no DF entre 2020 e 2021 (SES-DF, 2022c). Do total de internados no HUB-UnB, 515 foram incluídos na coorte clínica.

Ao longo de dois anos, o grupo de pesquisadores da UnB coletou um grande volume de dados clínicos, epidemiológicos, demográficos e econômicos desses participantes em relatórios e sistemas de vigilância, prontuários eletrônicos e entrevistas semiestruturadas com pacientes, acompanhantes e profissionais do hospital. O banco de dados gerado a partir dessas fontes primárias e secundárias continha diversas informações sobre os trajetos realizados pelos pacientes no sistema público de saúde do Distrito Federal. Diante disso, esta pesquisa se propôs a descrever e explorar esses dados à luz do conceito socioantropológico de itinerário terapêutico, visando uma compreensão mais profunda das experiências de

saúde/adoecimento vivenciadas por diferentes pessoas e grupos sociais no processo de busca por cuidados para a forma mais grave da covid-19.

A expectativa é que os produtos gerados a partir desta análise sejam úteis para subsidiar profissionais e gestores públicos na construção de serviços mais eficientes e modelos plurais de práticas de saúde, especialmente no contexto de emergências sanitárias que tornam ainda mais desafiadora a tarefa de garantir o acesso, a equidade, a participação social e a integralidade do cuidado no SUS.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer os itinerários terapêuticos de pacientes com Síndrome Respiratória Aguda Grave causada pela covid-19 que foram internados, entre maio de 2020 e dezembro de 2021, em um hospital público do Distrito Federal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o caminho percorrido pelos pacientes na busca por cuidados no SUS, desde o início dos sintomas até o desfecho da hospitalização;
- Analisar se o acesso aos serviços de saúde foi compatível com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a SES-DF;
- Explorar possíveis associações entre as características do itinerário e o perfil sociodemográfico dos pacientes;
- Discutir a influência de determinantes sociais no acesso ao SUS em situações de emergência, a partir da perspectiva da antropologia da saúde.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

Esta pesquisa de mestrado teve origem nas vivências profissionais da pesquisadora principal, que trabalhou na Assessoria de Comunicação e no Comitê de Operações Emergenciais do HUB-UnB durante a maior parte da pandemia e hoje atua na área de pesquisa e inovação da instituição. Convidada pelo grupo de pesquisadores que estavam conduzindo o estudo observacional no HUB-UnB para colaborar com a análise dos dados relacionados aos “percursos terapêuticos” dos pacientes, a pesquisadora se viu desafiada a investigar um tema que lhe parecia especialmente novo e desconhecido.

Diante disso, o ponto de partida foi uma revisão integrativa da literatura a respeito do conceito de itinerário terapêutico, com o propósito de definir as bases epistemológicas para compreender a questão de pesquisa e desenhar um percurso metodológico que fosse adequado aos objetivos propostos. A revisão procurou identificar as principais publicações acerca do tema em língua portuguesa e inglesa nas últimas três décadas. Inicialmente, foi feita uma busca nas bases de dados científicos em saúde PubMed (*National Library of Medicine*) e Lilacs (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), utilizando os termos “Itinerário Terapêutico”, “Itinerários terapêuticos” e “*Therapeutic Itinerary*”¹. Também foi realizada uma busca livre no Google Acadêmico, utilizando os mesmos termos.

A partir da leitura de título e resumo, foram selecionadas para leitura completa as publicações que tinham o itinerário terapêutico como objeto principal de estudo e que apresentavam propostas teóricas e metodológicas diversas. Também foram recuperados outros títulos identificados a partir da leitura da seção de referências, incluindo livros e dissertações.

As produções selecionadas foram organizadas no software gerenciador de referências Mendeley. A pesquisadora analisou um total de 33 trabalhos, sendo 28 artigos, três livros e duas dissertações. As principais informações e resultados das

¹ A biblioteca de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) inclui “itinerário terapêutico” como um descritor. Já no *Medical Subject Headings* (MeSH) não foi localizado um descritor próprio para o tema.

publicações de revisão sistemática da literatura ($n = 3$) e de pesquisas empíricas no contexto do SUS consideradas relevantes para a finalidade deste projeto ($n = 14$) foram sintetizadas em uma planilha de extração de dados no Microsoft Excel® (versão 2016), contendo: link de acesso, ano de publicação, nome do periódico, título do artigo, palavras-chave, tipo de delineamento e local do estudo, amostra ou população-alvo, técnicas de coleta, técnicas de análise, referencial teórico e principais forças e limitações. O Apêndice A traz essa matriz com o detalhamento dos estudos incluídos.

O conhecimento produzido por meio da revisão de literatura contribuiu para uma aproximação do tema e o desenho inicial do protocolo de pesquisa. Mas a partir da avaliação de pesquisadores mais experientes, durante o processo de qualificação do projeto, foi possível notar uma limitação importante: grande parte das pesquisas e do referencial teórico sobre itinerários terapêuticos concentra-se em livros e outros tipos de publicações das ciências sociais que não estão indexadas nas bases de dados científicos em saúde e, por isso, acabam não sendo incluídas em revisões sistemáticas sobre o tema. Isso pode explicar a quantidade reduzida de estudos identificados no levantamento inicial.

Para corrigir essa limitação, a pesquisadora iniciou então uma segunda revisão de literatura, desta vez focada na leitura de alguns estudos etnográficos e modelos teóricos considerados importantes no campo da antropologia da saúde. Essas referências foram essenciais para a revisão e reorganização do quadro teórico-metodológico (Tabela 2, na subseção 4.4), que serviu como base para todas as etapas de desenvolvimento desta pesquisa.

Ao longo dos anos de 2020 e 2021, a pesquisadora também realizou visitas à área de internação para pacientes com covid-19 do HUB-UnB, incluindo diálogos com profissionais e usuários, à época, com o objetivo institucional de avaliar a organização e qualidade dos serviços prestados. Apesar de terem ocorrido antes do planejamento desta pesquisa, essas observações trouxeram um conhecimento sobre as rotinas e processos de trabalho da unidade, que ajudou na compreensão do contexto onde ocorreu parte das experiências de adoecimento que foram objeto deste estudo.

A leitura de documentos, sites, notícias e outras publicações oficiais relacionadas ao manejo clínico da covid-19 e ao funcionamento da Rede de Atenção à Saúde do Distrito Federal durante a pandemia também foi uma fonte de informações utilizada no processo de familiarização com o tema e construção do referencial teórico da pesquisa, que será apresentado a seguir.

3.2 REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E ENFRENTAMENTO À COVID-19 NO DISTRITO FEDERAL

O Distrito Federal (DF) está localizado na Região Centro-Oeste do Brasil, ocupando uma área de 5.783 km², que equivale a 0,06% do território brasileiro, e se divide em 33 Regiões Administrativas (RA). A população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2021 para o DF era de cerca de 3,1 milhões de pessoas (IBGE, 2021).

O DF possui algumas **condições sociodemográficas e de saúde** relativamente favoráveis, quando comparado com a realidade nacional (CODESE/DF, 2022), como: baixas taxas de mortalidade infantil e por doenças crônicas não transmissíveis; elevado nível de renda, com o maior produto interno bruto (PIB) per capita do país; a maior escolaridade média entre adultos e um dos 5 melhores índices de desenvolvimento da educação básica; baixa pobreza para os padrões nacionais; e maior acesso à internet de qualidade. Por outro lado, apresenta uma das maiores desigualdades de renda do país, com elevada taxa de desemprego e grande dependência do setor público, baixo acesso à educação infantil, grandes disparidades entre as RAs e elevado índice de inadequação de moradias. Adicionalmente, os indicadores do DF, em geral, são muito distintos dos demais municípios/estados da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE), que inclui 33 municípios de Goiás e Minas Gerais que fazem divisa com o DF. Os indicadores de desenvolvimento socioeconômico da RIDE ocupam uma posição muito inferior no ranking nacional, revelando as vulnerabilidades e inequidades que caracterizam essa população que mora no entorno, mas geralmente trabalha, vive e utiliza o sistema público de saúde no DF.

A Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF) é o órgão responsável pela organização das políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde da população em nível distrital. Enquanto gestora local do SUS, sua principal função é coordenar a **Rede de Atenção à Saúde (RAS)** do DF, definida como o arranjo de estratégias e serviços de diferentes densidades tecnológicas, integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam superar a tradicional fragmentação dos sistemas de saúde e garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Segundo Mendes (2011), as RAS são constituídas por três elementos: a população, os modelos de atenção à saúde e a estrutura operacional. Nesse tipo de arranjo, a população assume um papel de maior protagonismo e participação, visando à transição de uma lógica de oferta de serviços para um sistema de saúde focado na gestão das necessidades individuais e coletivas dessa população. Os modelos de atenção, por sua vez, abrangem os dois tipos de respostas sociais que podem ser geradas pelas RAS: a atenção às condições de saúde crônicas não agudizadas, por meio de ações contínuas e proativas, e à atenção aos eventos agudos, por meio de ações episódicas e reativas. Já a estrutura operacional das RAS preconiza sua estruturação em regiões de saúde e redes temáticas que devem ofertar serviços organizados em dois níveis de atenção: a **atenção primária à saúde (APS)** (menor densidade tecnológica) e a **atenção especializada (AES)**, que engloba a atenção secundária (tecnologias de média complexidade) e terciária (tecnologias de alta complexidade). Esses dois níveis devem funcionar de forma equilibrada e não-hierarquizada para garantir uma gestão integrada dos modelos de atenção à saúde, tendo a APS como coordenadora dos fluxos de pessoas, informações e produtos ao longo da rede (MENDES, 2011).

A RAS do DF é estruturada em sete regiões de saúde: Central, Centro-Sul, Leste, Norte, Oeste, Sul e Sudoeste (SES-DF, 2019), conforme mostrado na Figura 1. A Carta de Serviços ao Cidadão da SES-DF (2022a), define que os dois principais locais onde os usuários do SUS podem procurar atendimento em situações de adoecimento são as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e os serviços de urgência e emergência. As UBS são estabelecimentos da Atenção Primária compostos por equipes de saúde da família responsáveis por coordenar ações multiprofissionais interdisciplinares para a promoção, prevenção e tratamento de uma população definida, sendo que cada cidadão é vinculado a uma UBS de referência próxima de seu endereço de moradia. O DF possuía, em 2019, 172 UBS distribuídas nas sete regiões de saúde (Tabela 1), sendo que a maior parte delas funciona apenas em horário comercial. Já a rede de atenção às urgências e emergências integra a Atenção Especializada, com 14 hospitais regionais e seis Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) que funcionam ininterruptamente e usam um sistema de classificação de risco para atendimento da população, além do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu) (SES-DF, 2019).



Figura 1 – Regiões administrativas (RAs) e regiões de saúde do DF

Fonte: Sala de Situação em Saúde do Distrito Federal (2021).

Quadro 2 – Distribuição das UBS nas regiões de saúde do DF

Região de Saúde	Total de Unidades Básicas de Saúde
Central	9
Centro-Sul	19
Leste	28
Norte	34
Oeste	26
Sudoeste	34
Sul	22
Distrito Federal	172

Fonte: Plano Distrital de Saúde 2020-2023 (SES-DF, 2019, p.159)

É importante lembrar que a pandemia no Brasil foi marcada por uma desarticulação generalizada entre os entes da gestão tripartite do SUS – municipal, estadual/distrital e federal. O Ministério da Saúde seria o principal órgão responsável por coordenar as estratégias e orientações nacionais relacionadas à prevenção e tratamento da covid-19. Entretanto, o que se viu na maior parte do tempo foi uma omissão da pasta e sucessivas crises institucionais na condução do enfrentamento à pandemia (BRANDÃO; MENDONÇA; SOUSA, 2023; CAPONI, 2020).

Entre fevereiro e maio de 2020 o Ministério teve três ministros diferentes: o médico Luiz Henrique Mandetta, que tentou preparar o sistema de saúde para a situação de emergência, mas acabou deixando o cargo após uma série de desentendimentos com o presidente Jair Bolsonaro, principalmente por causa da pressão para que o órgão promovesse o uso de cloroquina/hidroxicloroquina sem comprovação científica; o médico Nelson Teich, que entrou em abril, mas pediu demissão menos de um mês depois, também em função do embate sobre o uso de cloroquina; e o general Eduardo Pazzuelo, especialista em logística, que assumiu o cargo a partir de maio e logo instituiu um protocolo nacional para estimular a prescrição do medicamento em hospitais públicos, alinhando o discurso do Ministério da Saúde à postura negacionista da presidência da República (LOPES; LEAL, 2020).

No início de 2020, ainda na gestão de Mandetta, o Ministério da Saúde publicou protocolos com orientações para o manejo clínico da doença na APS (BRASIL, 2020b) e na AES (BRASIL, 2020a). O **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus** (Covid-19) na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2020b, p. 6) definia que:

O manejo clínico da Síndrome Gripal na APS/ESF difere frente a gravidade dos casos. Para casos leves, inclui medidas de suporte e conforto, isolamento domiciliar e monitoramento até alta do isolamento. Para casos graves, inclui a estabilização clínica e o encaminhamento e transporte a centros de referência ou serviço de urgência/emergência ou hospitalares. A APS/ESF deve assumir papel resolutivo frente aos casos leves e de identificação precoce e encaminhamento rápido e correto dos casos graves, mantendo a coordenação do cuidado destes últimos. A estratificação de intensidade da SG é a ferramenta primordial para definir a conduta correta para cada caso, seja para manter o paciente na APS/ESF ou para encaminhá-lo aos centros de referência, urgência/emergência ou hospitais. Dada a letalidade muito mais elevada da covid-19 entre os idosos (pessoas com 60 anos ou mais), deve-se priorizá-los para atendimento. Além deles, pessoas com doença crônica, gestantes e puérperas devem ter atendimento priorizado.

O Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada, por sua vez, estabelecia critérios para o direcionamento dos pacientes e a integração entre os diferentes níveis de atenção:

Diante do contexto epidemiológico atual, considerando também o aumento do risco de exposição em serviços de saúde, recomenda-se que a avaliação dos pacientes que procurem por atendimento nos diversos pontos de atenção, dê-se nas seguintes situações (observados sinais e sintomas). Unidades de Atenção Primária: sintomas respiratórios de vias aéreas superiores, febre e sem critérios de gravidade [...]. Serviços de Atendimento de Urgência (UPA 24h, emergências hospitalares e não hospitalares): pacientes com sinais de agravamento (síndrome respiratória aguda grave), referenciados pela atenção primária ou que chegam ao serviço por demanda espontânea (BRASIL, 2020a, p. 12).

Naquele momento, quando pouco se sabia sobre o novo vírus, esses documentos definiram critérios importantes para a identificação, encaminhamento e tratamento de pessoas infectadas nas redes de atenção à saúde. Por outro lado, uma pesquisa que analisou as estratégias de comunicação de riscos do Governo Federal durante o primeiro ano da pandemia (LOPES; LEAL, 2020) concluiu que a maior parte das campanhas não trouxe orientações claras para a população sobre como se proteger da doença. Ao contrário, focavam no tratamento precoce – incentivando as pessoas a procurarem “um médico”, e na propaganda institucional sobre o repasse de recursos do Governo Federal para estados e municípios investirem em hospitais, informação que inclusive foi rebatida por muitos governadores e prefeitos.

No âmbito do Distrito Federal, desde os primeiros alertas sobre uma possível disseminação global da covid-19, o governo distrital estruturou um Centro de Operações de Emergências em Saúde Pública (COE), órgão colegiado responsável pelo planejamento e acompanhamento das ações de enfrentamento à pandemia. As deliberações do COE incluíram medidas de prevenção a serem adotadas pela população, elaboração de protocolos e fluxos para atendimento de casos suspeitos no sistema público de saúde e estratégias para ampliação do número de leitos destinados ao acolhimento de pacientes com SRAG, como os que foram disponibilizados no Hospital Regional da Asa Norte, em hospitais de campanha e no HUB-UnB (GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021). A Nota Técnica Nº 01/2020 COAPS/SAIS/SES – COVID-19 (SES-DF, 2020), por exemplo, estabelecia diretrizes de apoio clínico e organizacional para a APS no enfrentamento à covid-19, alinhada ao protocolo nacional. Essas e outras medidas distritais foram sendo atualizadas ao

longo do tempo, de acordo com a situação epidemiológica, em especial as taxas de infecção e ocupação dos leitos de UTI.

A despeito desses esforços, há que se considerar que a confiança em quem gerencia uma crise sanitária interfere no fenômeno de adesão aos protocolos (LOPES; LEAL, 2020). Assim, as constantes contradições entre o presidente da república e autoridades em saúde, e entre o Ministério da Saúde e gestores locais do SUS pode ter afetado a compreensão da gravidade e das medidas de prevenção e tratamento da covid-19, tanto na população em geral quanto entre os próprios profissionais de saúde.

Até 10 de março de 2023, o DF confirmou 898.465 casos e 11.845 óbitos causados pela covid-19, o que corresponde a, respectivamente, 29% e 0,4% da população (IBGE, 2021). O coeficiente de incidência acumulado em três anos foi de 26.114,2 casos para cada 100 mil habitantes, com uma taxa de mortalidade de 354,3/100 mil habitantes e letalidade de 1,4%. A mediana de idade do total de casos confirmados é 39 anos, variando de 0 a 111 anos, e a de óbitos é 68 anos, variando de 0 a 104 (SES-DF, 2023b). Somente no ano de 2020 foram registradas cerca de 17 mil hospitalizações pela doença no DF (BRASIL, 2022). Nos dois primeiros anos da pandemia, quando a população ainda não estava vacinada e a letalidade do vírus era mais alta, os maiores picos de casos e internações foram registrados entre junho e setembro de 2020 e março e abril de 2021 (SES-DF, 2023b).

Segata (2020, p. 46) destaca que um aspecto central é que, por trás de todos esses números, estatísticas e relatórios epidemiológicos, existem rostos, trajetórias e biografias a serem desvendados por pesquisadores que entendem a importância de interpretar a covid-19 enquanto um fenômeno social, ou “uma experiência vivida nos corpos e nas sensibilidades coletivas”. É preciso considerar que, embora a pandemia seja global, as experiências e efeitos que ela desencadeia são vivenciados a partir de contextos locais.

Por isso, pesquisas na área das ciências sociais têm chamado a atenção para o fato de que os riscos e efeitos da doença se relacionam não só à “história natural” e aos determinantes biológicos estudados pela biomedicina, mas também à história e às determinações sociais dos doentes, que se estabelecem fora do sistema formal de saúde (PUTTINI, 2020). Conhecer esses determinantes é estratégico para compreender os fatores associados ao processo de adoecimento e planejar políticas de enfrentamento mais efetivas:

Qualquer ação em Saúde Pública não pode prescindir da contribuição de cientistas sociais, ou seja, não pode prescindir de uma perspectiva abrangente sobre como se desenrolam as interações entre pessoas e grupos humanos, sobre como as sociedades se estruturam e, enfim, sobre como os processos patológicos adquirem diferentes significados em cada uma delas. (CARRARA, 2020, p. 67)

Os trabalhos que vêm sendo desenvolvidos nesta perspectiva revelam que as pessoas e grupos sociais vivenciam a covid-19 de maneiras distintas, pois “as hierarquias e formas de vulnerabilidade que já existiam condicionam nossas possibilidades de lidar com seus efeitos.” (BIROLI, 2020, p. 230). A pandemia potencializou as inequidades de gênero, econômicas, sociais, raciais e médicas, dentre outras, e evidenciou o peso que os determinantes sociais exercem sobre a saúde individual e coletiva da população (CASTRO; NOGUEIRA, 2020).

Os **determinantes sociais da saúde** são definidos pela OMS como fatores externos que influenciam a saúde das pessoas e são produzidos pelas condições econômicas, sociais e políticas do ambiente onde elas nascem, crescem, trabalham, vivem e envelhecem. Dentre eles, destacam-se o acesso à educação, emprego e renda, condições de trabalho e moradia adequadas, proteção social, segurança alimentar, segurança pública, inclusão social e serviços de saúde de qualidade. Esses aspectos podem ter mais força do que fatores biológicos e estabelecem um padrão em que quanto menor é a posição socioeconômica de um indivíduo ou comunidade, piores são suas condições e resultados de saúde. Por isso, a investigação dos determinantes sociais que mais afetam o bem-estar e a expectativa de vida de populações vivendo em diferentes contextos pode subsidiar a criação de políticas públicas capazes de reduzir efetivamente essas inequidades e suas consequências sobre a saúde (WHO, 2023).

Em outras palavras, a capacidade de prevenção e gestão do adoecimento está diretamente ligada ao quanto as pessoas têm condições de acessar os recursos necessários para cuidar de si e dos outros. Isso faz com que, muitas vezes, as escolhas e caminhos percorridos pela população para solucionar um problema de saúde não coincidam com os fluxos e orientações pré-estabelecidos pelo sistema de saúde (BOSAIPPO et al., 2021; CABRAL et al., 2011; LIMA et al., 2018). Um exemplo disso é que a adoção de medidas como o isolamento social ou a higienização das mãos não é apenas uma questão de escolha pessoal ou ideológica, mas depende de aspectos básicos e fundamentais como as condições de moradia, trabalho e renda

(PAULA et al., 2020). Outro exemplo é como as desigualdades territoriais podem afetar o acesso aos cuidados necessários em uma situação de emergência: um estudo recente revelou que o número e disponibilidade de leitos para pacientes com covid-19 em estado grave no Brasil foi consideravelmente maior nos centros do que nas periferias de grandes cidades (SOUZA, 2020). Nos Estados Unidos, Lin e colaboradores (2022) mostraram que as disparidades espaciais e raciais existentes entre moradores de áreas urbanas e rurais representaram uma barreira estrutural e se refletiram nas taxas de mortalidade pela doença.

Diante disso, as políticas de gestão e combate de epidemias como a da covid-19 devem considerar não apenas os fatores de risco/proteção biológicos, como idade e comorbidades, mas também as desigualdades e vulnerabilidades socioeconômicas que afetam as pessoas de formas distintas (ROCHA et al., 2021), e como isso modela o complexo fenômeno social de acesso aos cuidados em saúde.

Partindo do modelo explicativo desenvolvido por Andersen (1995 apud TRAVASSOS; MARTINS, 2004), aqui o **acesso** é entendido como o processo de entrada e continuidade do cuidado nos serviços de saúde, que abrange inclusive as etapas iniciais de percepção da necessidade e de tomada de decisão para a procura desses serviços pelos indivíduos, constituindo um importante elemento para a organização da oferta e a identificação de padrões de utilização dos sistemas de saúde. Esse fluxo de eventos é influenciado por uma série de determinantes que podem limitar ou ampliar a capacidade de uso dos serviços, incluindo fatores individuais, preexistentes (demográficos), contextuais (relacionados às políticas e disponibilidade de recursos) e as próprias características da necessidade de saúde. Por isso é importante considerar as variações que existem tanto nos determinantes da necessidade e do desejo de procurar cuidados em saúde quanto nos padrões de uso dessas intervenções por diferentes indivíduos e grupos sociais (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Os estudos sobre itinerários terapêuticos podem ser especialmente úteis nesse sentido, pois permitem identificar as características e os determinantes da busca pelo cuidado, revelando onde, como e em que momento ela se dá e quais os significados atribuídos a esse processo (CABRAL et al., 2011). Com isso, podem ajudar a entender tanto os comportamentos das pessoas em situações de adoecimento, quanto as questões de organização, acesso e utilização dos diferentes sistemas de cuidado existentes (LIMA et al., 2018).

3.3 EXPERIÊNCIAS DE ADOECIMENTO NA PERSPECTIVA DA ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

O conceito de itinerário terapêutico (IT) teve suas origens nas pesquisas sobre *illness behaviour* ou comportamento na doença, com ênfase nos procedimentos terapêuticos usados para tratar a doença e alcançar a “cura” (ALVES; SOUZA, 1999). Partindo de uma concepção ampliada da saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não mais como a simples ausência de doença (WHO, 1946), atualmente o **itinerário terapêutico** pode ser compreendido como o caminho percorrido por um indivíduo e sua rede de apoio na procura por cuidados, constituindo um elemento importante para o planejamento e gestão de políticas e sistemas de saúde (CABRAL et al., 2011). Os itinerários são histórias com enredos, personagens e desfechos próprios, expressas por meio das percepções e discursos que as pessoas elaboram a respeito das experiências vivenciadas nos sistemas de cuidado (PEREIRA, 2008). Essas vivências ocorrem não apenas no nível institucional, mas mobilizam uma grande diversidade de saberes e práticas interdisciplinares, que são influenciadas por fatores culturais, cognitivos e sociais (ALVES; SOUZA, 1999).

Uma das revisões de literatura mais recentes acerca deste tema no contexto brasileiro (GERHARDT; BURILLE; MÜLLER, 2016) destaca o crescente número de estudos de IT desenvolvidos no campo da saúde coletiva. A maioria são pesquisas empíricas que têm um olhar ampliado sobre as definições de saúde e doença e problematizam determinantes e condicionantes dos itinerários terapêuticos a partir de abordagens antropológicas. O levantamento também revelou que um dos referenciais teórico-metodológicos mais utilizados são os modelos explicativos e os sistemas de cuidado à saúde propostos por Arthur Kleinman (1981), no campo da antropologia médica.

Os **modelos explicativos** de Kleinman podem ser entendidos como as diversas possibilidades de interpretação que diferentes culturas desenvolvem a respeito da saúde e da doença. Essas concepções são responsáveis por guiar o modo como as pessoas e grupos sociais vivenciam o processo de adoecimento, incluindo as formas de interação e cuidado empregadas na busca pela cura, que podem ser categorizadas em três tipos de **sistemas de atenção à saúde**: o profissional, o das curas populares e o informal. O setor profissional é constituído pelos serviços formais

e caracterizado pelo modelo biomédico de atenção à saúde; o setor *folk* ou de curas populares inclui as práticas religiosas e místicas de cuidado; e o setor informal abrange as interações e práticas caseiras, familiares e de autocuidado (KLEINMAN, 1981).

Ao longo dos últimos 40 anos, inúmeras pesquisas vêm sendo desenvolvidas na área das ciências da saúde com base neste referencial, ajudando a impulsionar a transição de uma visão racionalista e utilitarista do processo de adoecimento para um modelo que se propõe a identificar a influência de fatores que vão além da perspectiva institucional dos serviços de saúde. Alguns autores chamam a atenção, em especial, para a necessidade de estudos que se aprofundem na investigação do IT a partir de um olhar “não geométrico”, interpretativo e indutivo sobre os diversos fatores individuais e sociais que podem influenciar as decisões tomadas na busca por cuidado. Para eles, as análises neste campo precisam reconhecer que as sociedades complexas dispõem de uma grande variedade de formas de cuidados e concepções sobre corpo, alma, saúde e doença (pluralismo terapêutico) e considerar todo o sistema cultural de significados e interações que compõem o contexto social de cada indivíduo (ALVES; SOUZA, 1999; GERHARDT, 2006; GERHARDT et al., 2016).

A **antropologia da saúde** é uma subárea de estudos da Antropologia Social que fornece contribuições teóricas e metodológicas importantes para essa compreensão da influência que os fatores sociais e culturais têm sobre o desenvolvimento e a forma como as pessoas lidam com as doenças (TONIOL; GROSSI, 2020). Ela parte do princípio de que as doenças não são apenas entidades biológicas e naturais, mas manifestações sociais e históricas que operam em conjunto com processos psicobiológicos (LANGDON, 1994). Diante disso, as políticas, ações e pesquisas em saúde precisam se basear numa observação abrangente das interações entre pessoas e grupos humanos, de como as sociedades se estruturam e de como os processos patológicos possuem diferentes significados em cada uma delas (CARRARA, 2020; TONIOL; GROSSI, 2020).

Nesta direção, Langdon & Wiik (2010) destacam que as questões relacionadas à saúde e à doença “não podem ser analisadas de forma isolada das demais dimensões da vida social, mediadas e permeadas pela cultura que confere sentido a essas experiências”. Pacientes que pertencem a classes sociais, religiões, regiões ou etnias diferentes não possuem os mesmos comportamentos e pensamentos em relação à experiência de adoecimento, às noções de saúde e ao tratamento. Essas

particularidades não têm a ver com diferenças biológicas, mas sim com diferenças socioculturais. Para os autores, adoecer e se cuidar ou cuidar do outro são experiências intersubjetivas e relacionais, mediadas pela **cultura**.

Cultura pode ser definida como um conjunto de elementos que mediam e qualificam qualquer atividade física ou mental, que não seja determinada pela biologia, e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo social. Trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos (LANGDON; WIIK, 2010, p. 175).

Ainda segundo os autores, o fenômeno cultural envolve o aprendizado, compartilhamento e padronização de valores, símbolos, normas e práticas que organizam o universo de cada grupo social, modelando suas necessidades e características, inclusive biológicas e corporais. Assim, as formas como os grupos sociais se organizam para cuidar da saúde e lidar com as situações de adoecimento também são consideradas sistemas culturais. Num país como o Brasil, com dimensões continentais e um grande mosaico cultural, esse pressuposto ganha ainda mais força: das diferentes maneiras de viver e perceber o mundo surge uma infinidade de práticas de atenção à saúde que estão em constante articulação com as realidades sociais, políticas e econômicas que as (re)produzem (LANGDON; WIIK, 2010).

Em uma pesquisa etnográfica realizada no início da década de 1990, Langdon (1994) investigou o processo saúde-doença e o uso de diversas alternativas diagnósticas e terapêuticas da medicina popular e oficial no contexto multiétnico dos Siona, povo indígena que vive na Amazônia colombiana. O estudo concluiu que as percepções sobre a doença, causas e sintomas a ela associados, as ações curativas empregadas e as avaliações subsequentes do itinerário percorrido eram moduladas pelo contexto familiar e cultural das pessoas adoecidas. Isso revela, mais uma vez, que saúde, doença e cura não são fruto de classificações estáticas ou meramente biológicas, mas derivam de sistemas culturais com significados e modos de ação próprios. Diante disso, a autora ressalta a necessidade de investigar o contexto sociocultural da experiência de doença para entender a lógica que orienta a escolha e a sequência do itinerário terapêutico percorrido em situações de adoecimento (LANGDON, 1994).

Eduardo Menéndez (2003) propõe uma das abordagens mais abrangentes neste sentido, destacando que os modelos de cuidado em saúde dizem respeito não

apenas às atividades biomédicas, mas a todos os tipos de cuidado relacionados à busca por prevenção, tratamento, controle, alívio ou cura de determinadas condições de saúde. Segundo o autor, a humanidade tem à sua disposição uma grande variedade de formas e técnicas para diagnosticar, tratar e até mesmo perceber as doenças. Apesar disso, o setor de saúde, representado pelos profissionais e instituições biomédicas, frequentemente ignora ou marginaliza uma série de atividades de cuidado que são amplamente utilizadas pela população, mas não são reconhecidas por essa visão que ele chama de “Modelo Médico Hegemônico”.

Em sua **teoria sobre os modelos de atenção ao sofrimento**, desenvolvida a partir de estudos etnográficos no contexto mexicano, Menéndez (2003, 2005) descreve cinco principais tipos de cuidado:

- Cuidado biomédico: abrange médicos, especialistas e instituições que tratam de condições físicas e mentais reconhecidas como doenças por esse sistema, incluindo os métodos que derivam da biomedicina, como naturopatia, homeopatia, quiropraxia, psicoterapia individual, comunitária ou em grupo, dentre outros;
- Cuidado popular e tradicional: realizado por curandeiros, raizeiros, rezadeiras, bruxos, espiritualistas, xamãs, santos e outros tipos de entidades religiosas;
- Cuidado alternativo ou paralelo: *healers*, bioenergéticos e novos tipos de religiões curativas comunitárias;
- Cuidado derivado de outras tradições médicas acadêmicas, como acupuntura, medicina Ayurvédica, medicina tradicional chinesa, etc.;
- Autoajuda: clubes ou comunidades organizadas e guiadas por pessoas que sofrem ou sofreram condições semelhantes.

De acordo com o autor, essas várias formas de atenção não são estáticas nem se encerram em si mesmas, mas devem ser percebidas como práticas não-hierarquizadas que estão frequentemente se articulando e se complementando. Elas derivam de processos sociais, econômicos e culturais que definem as necessidades e possibilidades de cada grupo social e, portanto, apresentam características e dinâmicas distintas em diferentes contextos regionais, étnicos, religiosos, educacionais, etc. Por isso, os processos de saúde/adoecimento/cuidado devem ser observados a partir do que o autor conceitua como uma **abordagem epidemiológica sociocultural**: para conhecer a real “trajetória do paciente”, é necessário começar

pela percepção que os sujeitos e grupos sociais têm daquilo que lhes aflige e o que eles fazem e usam em busca de resolução. Essa abordagem pode ajudar a identificar quais formas de cuidado são mais utilizadas e quais são mais efetivas para controlar ou reduzir danos em termos reais e imaginários, além de identificar quais são os fatores econômicos, técnicos e ideológicos que dificultam ou facilitam a articulação entre elas (MENÉNDEZ, 2003).

Ainda segundo o autor, a maior parte das interações entre os modelos de atenção são feitas por iniciativa dos próprios indivíduos ou dos grupos que os utilizam, e não de quem os desenvolve. Esse processo, chamado de **autoatenção ou cuidado de si**, deve ser visto como fator estruturante e central das experiências de saúde/adoecimento/cuidado. A autoatenção é a forma mais utilizada pelos grupos sociais e o principal núcleo de articulação entre os diferentes modelos de cuidado. É por meio dela que as pessoas se relacionam com as práticas prescritas pelos curadores das demais formas de cuidado, inclusive a biomedicina, evidenciando sua capacidade própria de ação, criatividade e busca de soluções (MENÉNDEZ, 2003).

Para Menéndez, o setor e os profissionais de saúde deveriam entender que a autoatenção não é um fenômeno isolado ou oposto ao trabalho médico. Ela é parte integrante da saúde/adoecimento/cuidado e, portanto, indispensável para os serviços e estratégias de saúde pública. No entanto, o manejo dessas questões no nível técnico e institucional ainda é um grande desafio, pois a biomedicina geralmente não é capaz de reconhecer e lidar com a complexidade desse papel decisivo que o cuidado de si tem na ativação e articulação das diferentes formas de cuidado. O autor conclui que é necessária uma aproximação intencional entre a biomedicina e a autoatenção, o que exige o desenvolvimento de uma relação profissional/paciente mais simétrica e complementar (MENÉNDEZ, 2003).

Byron Good (1977) desenvolveu alguns conceitos neste sentido, partindo do pressuposto de que uma compreensão ampliada da relação entre linguagem e doença pode ser a chave para entender como os fatores culturais e psicossociais afetam a experiência e as percepções em torno do adoecimento. Para ele, a doença é um misto de palavras, experiências e sentimentos vivenciados pelos membros de uma sociedade e mediados pelas redes de significados e interações que a compõem.

Em sua **teoria da linguagem médica** (GOOD, 1977), o autor propõe uma análise de como a linguagem e a comunicação se relacionam com os sentimentos e a fisiologia do processo de adoecimento, considerando que: as doenças são moldadas

por experiências sociais e o grande desafio da pesquisa empírica está em desvendar e compreender quais são e como se articulam as ligações simbólicas que caracterizam essa relação; o significado atribuído pelo paciente a uma doença está vinculado ao seu contexto, e a linguagem tem a função de fazer essa vinculação entre doença e experiência social; a linguagem da doença é estrategicamente usada pelos indivíduos com significados e finalidades distintas, o que pode gerar problemas de comunicação entre os diversos atores que participam do processo de adoecimento; a criação ou substituição de expressões biomédicas raramente afeta a percepção que a sociedade tem sobre elas, pois a atribuição de novos significados a um termo ou doença geralmente está atrelada a mudanças na estrutura social e simbólica que lhe dá sentido.

Em um estudo etnográfico realizado na cidade iraniana de Maragheh, na década de 1970, o autor percebeu que a forma como as pessoas entendiam e descreviam as causas de uma determinada condição de saúde (*heart distress*) estava diretamente associada à rede de símbolos, experiências e estruturas sociais que fundamentavam aquela sociedade. O que as pessoas e, em especial, as mulheres descreviam como “sofrimento do coração” não era só um conjunto de sintomas, mas um complexo de vivências, significados e padrões de sofrimento próprios do contexto social e cultural em que elas viviam, ligados principalmente a preocupações sobre a sexualidade e as ansiedades da vida diária. O estudo conclui, portanto, que o sofrimento é tanto um fato médico quanto um fato sócio-histórico (GOOD, 1977).

Partindo desse princípio, Good sugere que as estruturas sociais e culturais de uma sociedade formam uma moldura, um complexo de significados em torno do qual se constroem as concepções de saúde e doença. Essas estruturas podem ser identificadas pela análise da rede semântica (categorias de símbolos e associações) que está presente nos relatos de experiências e sentimentos vivenciados pelos indivíduos dessa sociedade e revela os significados que eles atribuem a uma condição de saúde/adoecimento:

O significado do adoecimento é formado por uma imagem que reúne uma complexidade de símbolos, sentimentos e preocupações, os quais estão profundamente integrados com a estrutura de uma comunidade e sua cultura. E esse significado é construído e alterado à medida que ele é utilizado nas interações sociais para descrever as experiências de sofrimento e as ações capazes de trazer alívio para esse sofrimento (GOOD, 1977, p. 48-49).

Ao considerar a grande diversidade de significados atribuídos à doença, o pesquisador ou profissional de saúde pode entender a complexa relação entre adoecimento, linguagem, cultura e sociedade e formular hipóteses sobre as associações existentes entre os diferentes contextos comunicativos dos pacientes e seus comportamentos no processo de adoecimento. Para isso, no entanto, é preciso superar o etnocentrismo que costuma caracterizar o modelo biomédico de cuidado e pesquisa em saúde, o que implica em reconhecer e respeitar a diversidade cultural das diferentes sociedades (GOOD, 1977).

3.4 PROPOSIÇÕES TEÓRICAS PARA O ESTUDO DE CASO

As referências apresentadas nas subseções anteriores certamente não esgotam as diversas possibilidades teórico-metodológicas que existem para uma análise das experiências de adoecimento e das formas de cuidado empregadas na recuperação da saúde. Mas, juntamente com os achados identificados na revisão de estudos empíricos prévios sobre itinerários terapêuticos, constituíram o arcabouço teórico utilizado como ponto de partida – e chegada – deste estudo de caso. De forma sucinta, a pesquisa buscou refletir sobre as seguintes proposições teóricas:

- a) Nas situações de adoecimento, os pacientes e suas redes de apoio mobilizam esforços, recursos e expectativas em torno de uma grande diversidade de concepções, saberes e práticas terapêuticas, não apenas nos serviços formais de saúde (ALVES; SOUZA, 1999). Essas diversas formas de cuidado não devem ser vistas de maneira antagônica ou hierarquizada, mas sim como processos que se complementam e são constantemente articulados pelo paciente por meio de um fenômeno central chamado autoatenção (MENÉNDEZ, 2003);
- b) Os modelos de cuidado/atenção à saúde são sistemas culturais. Sua compreensão passa, portanto, pela capacidade de identificar a influência da linguagem, cultura e sociedade sobre a forma como as pessoas percebem e descrevem suas experiências de adoecimento, superando posturas hegemônicas e etnocêntricas características da abordagem biomédica. A doença, mais do que um conjunto de sintomas e termos técnicos, deve ser

entendida como uma imagem ou uma representação coletiva formada por uma complexa rede de símbolos, situações, causas, sentimentos e preocupações que têm suas raízes no contexto social e cultural onde essas pessoas vivem (GOOD, 1977; LANGDON, 1994);

- c) A capacidade das pessoas solucionarem problemas de saúde transitando por múltiplas escolhas terapêuticas depende de sua capacidade de mobilizar recursos, redes e laços sociais (GERHARDT, 2006);
- d) Os caminhos percorridos pelos usuários dos serviços de saúde geralmente não coincidem com os fluxos e orientações formais (CABRAL et al., 2011). As trajetórias assistenciais em busca de diagnóstico e tratamento no SUS costumam ser marcadas pela peregrinação por diversos estabelecimentos e pelo desconhecimento de pacientes/familiares a respeito do que fazer, quando e onde procurar atendimento (BARAN et al., 2019; BOSAIPO et al., 2021; CABRAL et al., 2011; CASTRO et al., 2016; DEMÉTRIO; SANTANA; PEREIRA-SANTOS, 2019; FOLETTO et al., 2016; KOVACS et al., 2005; LIMA et al., 2018; MELO et al., 2020; MUSSI et al., 2007; RODRIGUEZ; CABEÇA; MELO, 2021; SILVA et al., 2021a; SIQUEIRA; JESUS; CAMARGO, 2016);
- e) A dificuldade de acesso e os questionamentos sobre a confiabilidade das redes de assistência formal, especialmente entre pessoas mais vulneráveis, podem levá-las a usarem outras estratégias de cuidado e a retardarem a procura por esses serviços (LANGDON, 1994; TURNER-MUSA; AJAYI; KEMP, 2020);
- f) A análise de itinerários terapêuticos pode ser uma estratégia complementar aos estudos quantitativos desenvolvidos com a finalidade de descrever o perfil do usuário e padrões de utilização de serviços de saúde, pois revelam comportamentos e necessidades que são úteis para a mudança de concepções e práticas de gestão e cuidado (GERHARDT et al., 2016); e
- g) Os itinerários terapêuticos de pacientes com covid-19 são influenciados por diversos aspectos culturais, sociais, demográficos, políticos e econômicos (entre outros), que determinam como eles vivenciam e percebem o processo de saúde/adoecimento/cuidado (ALVES, 2015; ALVES; SOUZA, 1999; GERHARDT, 2006; GERHARDT et al., 2016; LANGDON; WIIK, 2010; TONIOL; GROSSI, 2020).

4 MÉTODOS

A abordagem metodológica escolhida para o desenvolvimento desta pesquisa foi um **estudo de caso integrado**, com finalidade descritiva e exploratória, utilizando unidades múltiplas de análise e triangulação de evidências quantitativas e qualitativas, conforme proposto por Robert Yin (2015).

Cabe ressaltar que não se trata aqui do estudo ou relato de caso frequentemente utilizado na pesquisa epidemiológica e nas práticas de ensino em saúde, que consiste na análise de um “caso” (paciente) específico. Na perspectiva de Yin (2015), o estudo de caso é um método de investigação empírica que surge do desejo de entender fenômenos sociais complexos, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes, como acontece no processo de construção dos itinerários terapêuticos. Esse método permite que os investigadores retenham uma perspectiva holística, a partir da análise profunda e minuciosa de uma realidade contemporânea.

Ao contrário do que alguns pesquisadores acreditam, o estudo de caso não é algo simples e exige a observação de um caminho metodológico rigoroso, incluindo bases epistemológicas bem delimitadas e o domínio das técnicas de coleta e análise escolhidas (BAXTER; JACK, 2015). Com grande potencial exploratório, ele pode englobar uma ou várias unidades de análise (estudo de caso único ou estudo de casos múltiplos). O “caso” ou unidade de análise pode ser desde uma pessoa até uma instituição, uma mudança, uma comunidade, um país inteiro, uma política pública ou qualquer outro tipo de objeto ou situação alvo de investigação científica.

O “**caso**” deste estudo foi o grupo (coorte) de pessoas internadas no Hospital Universitário de Brasília, Distrito Federal, Brasil, entre maio de 2020 e dezembro de 2021, com Síndrome Respiratória Aguda Grave causada pela covid-19, onde cada indivíduo representa uma **unidade integrada de análise**. O horizonte temporal da análise abrange desde o início dos primeiros sintomas até o desfecho da hospitalização (alta, transferência ou óbito).

Entendendo que uma das principais forças do estudo de caso é sua capacidade de lidar com uma grande variedade de evidências quantitativas e qualitativas (YIN, 2015), a pesquisa foi desenvolvida em quatro etapas interligadas, as quais são detalhadas nos tópicos a seguir. Ao longo de todas as etapas, a pesquisadora utilizou

um diário de campo (WEBER, 2009), com a finalidade de registrar as decisões metodológicas, observações e conclusões acerca dos achados.

4.1 ANÁLISE DOCUMENTAL

A primeira etapa do estudo de caso foi uma **análise documental** de notícias e documentos oficiais publicados pelo Ministério da Saúde e pela SES-DF, com o objetivo de conhecer os protocolos de acesso e manejo dos casos de covid-19 no SUS durante os anos de 2020 e 2021, para verificar se os itinerários percorridos pelos participantes da pesquisa foram condizentes ou não com as orientações oficiais.

A busca foi realizada em dezembro de 2022, inicialmente, nas páginas destinadas à divulgação de painéis, boletins, protocolos e outras informações oficiais relacionadas à pandemia nos portais dessas instituições na internet. Diante da dificuldade de localizar ou mesmo traçar uma linha do tempo de documentos sobre os fluxos para atendimento da população, principalmente no site do Ministério da Saúde, optou-se por fazer também uma busca livre no Google, utilizando combinações de palavras-chave como: “protocolo covid-19 Ministério da Saúde”; “fluxograma atendimento covid-19 SUS”; e “protocolo covid-19 SES-DF”.

Os protocolos e notas técnicas identificados que eram oficiais e tinham como foco principal a descrição de critérios e/ou fluxos para atendimento de casos suspeitos de covid-19 no SUS foram salvos no gerenciador de referências Mendeley e analisados em seguida. Não foram incluídos documentos ou atualizações com data posterior a 2021, considerando que o horizonte temporal da análise documental deveria ser equivalente ao período em que os participantes da pesquisa adoeceram e foram hospitalizados.

Na busca livre, notou-se que os links de algumas publicações oficiais realizadas pelo Ministério da Saúde, principalmente no início de 2020, estavam indisponíveis e não foram localizadas no portal gov.br. Essas publicações só puderam ser recuperadas a partir de outras fontes, como nos sites das secretarias estaduais e municipais de saúde e de instituições como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz).

4.2 EXTRAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS BRUTOS DE UMA COORTE

A segunda etapa consistiu na análise quanti-qualitativa de informações extraídas do banco de dados brutos do estudo observacional (coorte clínica) conduzido pelo grupo de pesquisadores do projeto “Síndromes respiratórias graves no Distrito Federal”. Esse projeto coletou dados primários e secundários de uma população de 515 pessoas adultas com SRAG que foram internadas em leito de enfermaria ou UTI no HUB-UnB, com infecção pelo SARS-CoV-2 confirmada por teste diagnóstico ou por critérios clínicos e que assinaram o termo de consentimento para participar da pesquisa. O banco foi alimentado pelo grupo ao longo de dois anos (2020 – 2022), com informações clínicas, epidemiológicas, demográficas e socioeconômicas coletadas em:

- Relatórios de vigilância epidemiológica;
- Prontuários eletrônicos dos pacientes;
- Entrevista semiestruturada com pacientes e/ou acompanhantes durante o período de internação ou até seis meses após a alta. As entrevistas foram feitas por entrevistadores contratados e treinados, por meio de ligação telefônica para o paciente ou pessoa responsável pelo cuidado (nos casos em que o paciente não estava em condições de responder). Os entrevistadores utilizaram um questionário desenvolvido no sistema RedCap e previamente testado, contendo perguntas fechadas e abertas sobre: os itinerários terapêuticos, incluindo estabelecimentos de saúde, tempos e decisões envolvidos na busca por cuidado; o contexto demográfico e socioeconômico do paciente; as despesas realizadas por ele e sua rede de apoio desde o início dos sintomas até a hospitalização; a satisfação quanto ao atendimento recebido; dentre outras informações.

Para os fins desta pesquisa, a pesquisadora extraiu o banco de dados brutos da coorte clínica do sistema RedCap e, utilizando o Google Planilhas, avaliou a completude e consistência das informações para seleção dos participantes e das variáveis de interesse. Dados demográficos eventualmente ausentes ou incompletos que puderam ser consultados em alguma das fontes secundárias da pesquisa foram complementados.

A Figura 2 ilustra todo o processo de seleção das pessoas incluídas no estudo de caso. Dentre os 515 participantes da coorte, 233 responderam às entrevistas com informações relacionadas ao percurso pelo sistema de saúde desde o adoecimento e, portanto, foram incluídos neste trabalho. Os demais não puderam ser contatados por telefone; se recusaram a participar ou não completaram a entrevista; solicitaram sua retirada da pesquisa; ou foram registrados em duplicidade no banco de dados.

Especificamente para a etapa de georreferenciamento dos trajetos, foram consideradas apenas as pessoas que residem em municípios da RIDE (n = 219). Foram excluídas as que não tinham informação de endereço (n = 2) ou que moravam em outros estados (Amazonas, Bahia, Goiás e Mato Grosso) e foram encaminhados ao Distrito Federal por razões excepcionais (n = 12), como o colapso do sistema de saúde de Manaus-AM em janeiro de 2021.

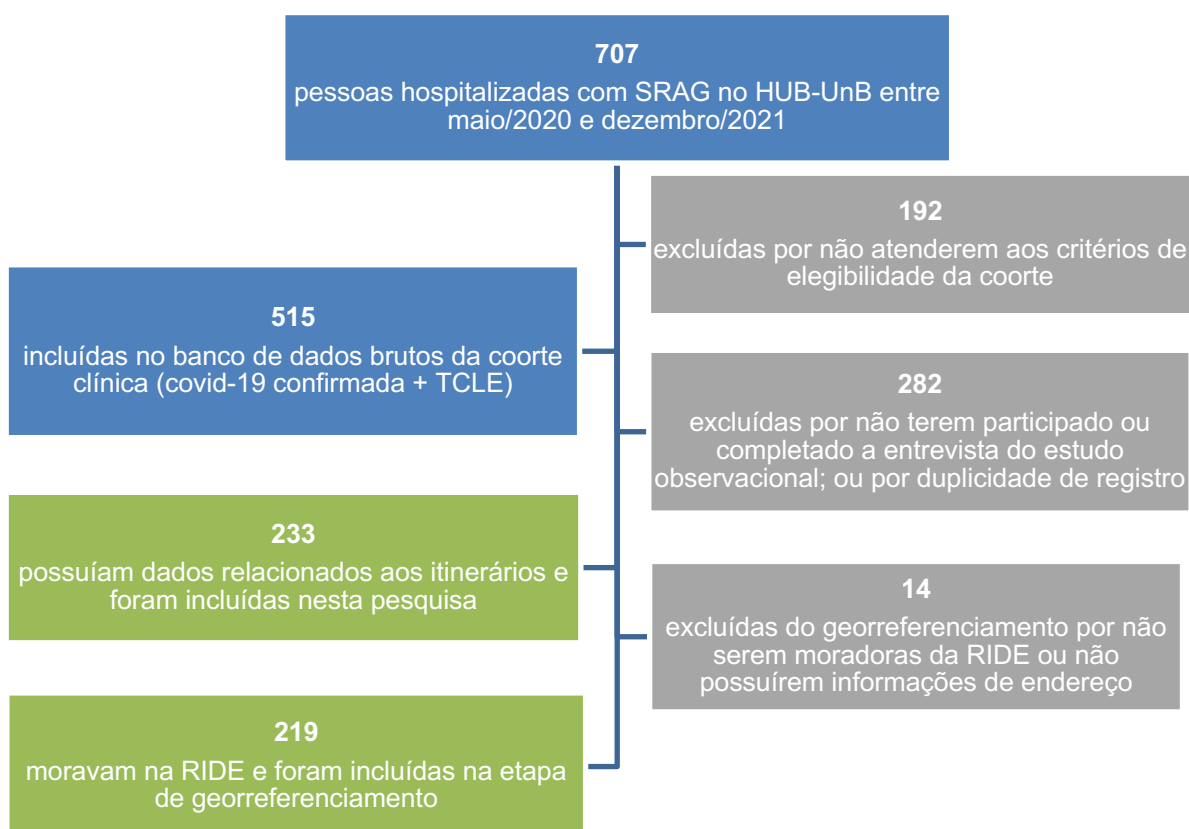


Figura 2 – Fluxograma de seleção dos participantes do estudo de caso

Fonte: Autoria própria (2023).

Após a organização dos dados dos participantes selecionados, todas as variáveis consideradas mais relevantes e completas para responder à questão de

pesquisa foram descritas e analisadas por meio do software estatístico SAS (versão 9.4). Variáveis do banco de dados que, mesmo sendo importantes, apresentaram grande volume de dados ausentes ou inconsistências não foram incluídas na análise.

A **descrição** da população do estudo e dos itinerários terapêuticos foi feita a partir da análise da distribuição de frequência absoluta e percentual das principais informações clínicas, demográficas e de acesso ao sistema de saúde. Para as variáveis contínuas (numéricas) também foram calculadas a média, mediana e valores mínimo e máximo.

Já a **análise estatística** consistiu no ajuste de dois modelos de regressão de Poisson com variância robusta, com o objetivo de identificar possíveis associações entre as características dos participantes (variáveis independentes ou explicativas) e o processo de acesso aos serviços de saúde (variáveis dependentes). A escolha dessas variáveis e dos critérios adotados para a definição de cada uma delas foi feita com base nos princípios de funcionamento da Rede de Atenção à Saúde do DF e nos fluxos de acesso preconizados pelos protocolos de manejo clínico da covid-19 (BRASIL, 2020a, 2010, 2020b; SES-DF, 2019, 2022b). As respostas de algumas variáveis categóricas precisaram ser agrupadas, considerando que o grande volume de alternativas poderia dificultar a investigação de associações.

No primeiro modelo de análise, **buscar atendimento na atenção especializada** foi considerada a variável dependente, com a finalidade de identificar que fatores estariam associados à escolha do primeiro serviço de saúde procurado pelo paciente. As variáveis explicativas foram: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, ocupação, região de saúde da residência, classe econômica, nível de renda domiciliar média da região administrativa onde mora, comorbidades prévias, quantidade de sintomas iniciais, e sintoma inicial “falta de ar”.

No segundo modelo de análise, a variável dependente foi **seguir os fluxos de acesso estabelecidos**, caracterizada pela combinação de dois critérios: conseguir atendimento no primeiro local procurado; e passar por no máximo três serviços de saúde¹. As variáveis explicativas foram: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, ocupação, região de saúde da residência, classe econômica, nível de renda domiciliar

¹ O pressuposto de que um percurso com até 3 serviços de saúde seria um indicativo de cumprimento dos fluxos estabelecidos foi baseado: na inferência de que o percurso mais longo para um paciente que não teve dificuldade de acesso seria buscar o primeiro atendimento na atenção primária, depois ser encaminhado para uma unidade da atenção secundária (UPA, por exemplo) e, por fim, para um hospital terciário, totalizando 3 serviços; e no total de serviços buscados, que variou de 1 a 6, com moda = 3.

média da região administrativa onde mora, comorbidades prévias, quantidade de sintomas iniciais, sintoma inicial “falta de ar”, onde buscou o primeiro atendimento e primeiro serviço buscado próximo à residência.

Ambos os modelos foram analisados em duas fases: bivariada e múltipla, adotando-se como medidas de efeito a razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de 95% confiança. Inicialmente, modelos de regressão de Poisson simples foram ajustados para cada variável explicativa. Aquelas em que o valor de p foi menor que 0,25 foram incluídas na análise de regressão de Poisson múltipla (HOSMER; LEMESHOW, 1989). Em seguida, essas variáveis foram ajustadas através de um processo de retirada/inclusão de variáveis. Permaneceram no modelo ajustado apenas aquelas com $p < 0,05$, para as quais foram novamente calculadas as razões de prevalência e seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Também foi avaliada a multicolinearidade entre as variáveis independentes, considerando como limite da presença de multicolinearidade se o indicador de tolerância assumisse valores maiores que 0,60. A opção pela técnica de regressão de Poisson com variância robusta se deu porque ela fornece uma melhor estimativa da razão de prevalência, que representa de forma mais significativa as medidas de efeito para estudos transversais (BARROS; HIRAKATA, 2003).

4.3 GEORREFERENCIAMENTO DO PERCURSO DOS PACIENTES

Na terceira etapa foi feita uma análise da distribuição espacial dos locais de residência dos participantes e de todas as unidades de saúde por onde cada um deles passou na RIDE, de acordo com as bases cartográficas de endereços da Secretaria de Estado de Gestão do Território e Habitação (SEDHAB-DF). A partir disso foi possível calcular uma estimativa das distâncias percorridas e construir mapas representando os percursos realizados pelos pacientes na Rede de Atenção à Saúde.

Para tratamento e consolidação das informações extraídas do banco da coorte, cálculo dos intervalos de confiança, de percentuais e de taxas e criação de gráficos e tabelas utilizou-se o software Microsoft Excel® (versão 2016). O sistema de informação geográfica livre e de código aberto QGIS (versão 3.20.2, Odense) foi

utilizado para o georreferenciamento dos endereços, a análise espacial e a elaboração de mapas representativos.

4.4 TRIANGULAÇÃO DE EVIDÊNCIAS E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

A **interpretação dos achados** buscou superar o reducionismo acadêmico mencionado por Minayo e colaboradoras (2003) como uma limitação muito frequente nas pesquisas que abordam questões sociais a partir de métodos da epidemiologia. Segundo as autoras, um vazio interpretativo é criado quando se acredita que a verdade está nos “dados” ou “no uso correto do método”, o que leva muitos pesquisadores a “produzirem informações cujo campo de contextualização são seus resultados, não havendo perguntas e reflexões prévias que informem sobre elas” (*idem*, p. 101). Assim, a articulação entre epidemiologia e ciências sociais no campo da saúde coletiva deve ser capaz de produzir estudos que analisem tanto a magnitude quanto a historicidade, as relações, as representações e a lógica interna dos processos e grupos trabalhados.

Portanto, para a **vinculação das informações** geradas nas três etapas anteriores às proposições teóricas e questões rivais levantadas para este estudo de caso (subseção 3.4), adotou-se como estratégia geral de análise a triangulação das evidências quantitativas e qualitativas (YIN, 2015; BAXTER; JACK, 2015), evitando a condução das análises de forma fragmentada e partindo de uma lógica interpretativa, conforme proposto por Minayo (2012).

A Tabela 2 mostra um resumo das etapas e do percurso teórico-metodológico realizado para o alcance de cada um dos objetivos específicos da pesquisa.

Quadro 1 – Descrição do percurso teórico-metodológico da pesquisa

Objetivo Geral: Conhecer os itinerários terapêuticos de pacientes com SRAG causada pela covid-19 que foram internados, entre maio de 2020 e dezembro de 2021, em um hospital público do DF.			
Objetivo Específico	Fontes de evidência	Estratégias e Técnicas de análise	Base teórica
Descrever o caminho percorrido pelos pacientes na busca por cuidados no SUS, desde o início dos sintomas até o desfecho da hospitalização.	Informações extraídas do banco de dados brutos de um estudo observacional realizado em um hospital público do DF.	Estatística descritiva	Estudo de caso (YIN, 2015)
Explorar possíveis associações entre as características do itinerário e o perfil sociodemográfico dos pacientes.		Estatística analítica	Estudo de caso (YIN, 2015) Regressão de Poisson (HOSMER; LEMESHOW, 1989, BARROS; HIRAKATA, 2003)
Analisar se o acesso aos serviços de saúde foi compatível com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e a SES-DF.	Protocolos de manejo da covid-19. Georreferenciamento dos endereços de residência e dos serviços de saúde para mapear os percursos realizados pelos pacientes.	Análise documental Análise espacial	Estudo de caso (YIN, 2015) Observação e pesquisa documental etnográfica (BESUD; WEBER, 2007)
Discutir a influência de determinantes sociais no acesso ao SUS em situações de emergência, a partir da perspectiva da antropologia da saúde.	Resultados das etapas anteriores. Diário de campo.	Triangulação de evidências quantitativas e qualitativas, por meio de abordagem indutiva e interpretativa, incluindo a análise das proposições teóricas e explicações rivais do estudo de caso	Estudo de caso na pesquisa qualitativa (BAXTER; JACK, 2015) Análise na pesquisa qualitativa (MINAYO, 2012); Interdisciplinaridade na pesquisa em saúde (MINAYO et al., 2003) Itinerário terapêutico (GERHARDT et al., 2016; GOOD, 1977; LANGDON, 1994; MENÉNDEZ, 2003)

Fonte: Autoria própria (2022)

Os resultados do estudo de caso foram sintetizados e apresentados por meio de dois produtos: um artigo científico (subseção 5.1) e um produto técnico do tipo relatório técnico conclusivo (subseção 5.2). Enquanto o artigo tem como foco a divulgação acadêmica, o relatório tem o objetivo de disseminar os principais resultados entre gestores e trabalhadores do SUS. Durante o processo de produção do relatório foram utilizadas estratégias e ferramentas de tradução do conhecimento e adequação da linguagem da pesquisa para esses públicos de interesse.

4.5 QUESTÕES ÉTICAS

Esta pesquisa fez parte do projeto “Síndromes Respiratórias Graves no Distrito Federal”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Faculdade de Medicina da UnB, sob o parecer nº 4.112.214 (Anexo A).

5 RESULTADOS

5.1 ARTIGO CIENTÍFICO

Submetido à Revista Saúde em Debate em 15/07/2023, conforme Anexo B.

Itinerários terapêuticos de pessoas hospitalizadas por covid-19 no SUS: um estudo quanti-qualitativo no Distrito Federal

Therapeutic itineraries of people hospitalized for covid-19 in the SUS: quantitative and qualitative study in the Federal District, Brazil

Samira Virginia de França¹
Ana Carolina Esteves da Silva Pereira²
Luciana Guerra Gallo³
Éverton Luís Pereira⁴

¹ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB); Hospital Universitário de Brasília/Ebserh – Brasília (DF), Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

³ Núcleo de Medicina Tropical, Faculdade de Medicina, Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

⁴ Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília (UnB) – Brasília (DF), Brasil.

RESUMO

Os estudos sobre itinerários terapêuticos revelam modelos de cuidado e decisões tomadas pelas pessoas em situações de adoecimento e podem contribuir para o planejamento de políticas e serviços de saúde mais efetivos, especialmente em emergências como a pandemia de covid-19. O objetivo desta pesquisa foi descrever os itinerários terapêuticos de pacientes hospitalizados por covid-19 em um hospital público do Distrito Federal e explorar associações com determinantes sociais da saúde. Trata-se de um estudo de caso integrado, com triangulação de evidências quantitativas e qualitativas obtidas a partir da análise dos dados brutos de uma coorte com 233 pacientes adultos internados entre maio/2020 e dezembro/2021. A maioria eram homens, idosos, pretos ou pardos, com baixo nível de renda e escolaridade e múltiplas comorbidades, que procuraram atendimento na atenção especializada e conseguiram acesso rápido ao sistema de saúde. Os fatores que influenciaram a escolha do primeiro serviço foram: ocupação, região de moradia, classe econômica e escolaridade. Já os determinantes da facilidade de acesso foram: tipo de serviço buscado primeiro, gravidade do caso e contexto socioeconômico. Os resultados confirmam a influência de determinantes sociais nas experiências de adoecimento e

podem subsidiar reflexões relacionadas à organização do acesso ao SUS em emergências sanitárias.

PALAVRAS-CHAVE: Itinerário terapêutico. Covid-19. Acesso aos serviços de saúde. Determinantes sociais da saúde. Sistema Único de Saúde (SUS).

ABSTRACT

Studies on therapeutic itineraries reveal the models of care and decisions taken by people in situations of illness and can contribute to the planning of more effective health policies and services, especially in emergencies such as the covid-19 pandemic. The aim of this research was to describe the itineraries of patients hospitalized for covid-19 in a public hospital in the Federal District, Brazil, and explore associations with social determinants of health. This is an integrated case study, with triangulation of quantitative and qualitative evidence obtained from the analysis of raw data from a cohort of 233 adult patients hospitalized between May/2020 and December/2021. The majority were men, elderly, black or brown, with low income and education levels and multiple comorbidities, who sought care in specialized care and obtained quick access to the health system. The factors that influenced the choice of the first service sought were: occupation, region of residence, economic class and education. The determinants of ease of access were: type of service sought first, severity of the case and socioeconomic context. The results confirm the influence of social determinants on illness experiences and can support reflections related to the organization of access to the SUS in health emergencies.

Keywords: Therapeutic itinerary. Covid-19. Access to health services. Social determinants of health. Unified Health System (SUS).

INTRODUÇÃO

Em março de 2020 a Organização Mundial da Saúde (OMS) caracterizou a covid-19 como uma pandemia¹. Nos três anos seguintes, a população mundial viveu um período de grandes transformações geradas pelas consequências da disseminação global do vírus SARS-CoV-2. Com mais de 37,2 milhões de casos e quase 700 mil óbitos oficialmente confirmados, o Brasil se destacou negativamente e foi o país com o segundo maior número de mortes em todo o mundo, atrás apenas dos Estados Unidos². A situação brasileira foi marcada pela ausência de estratégias articuladas entre governos federal, estaduais e municipais para gerenciar a emergência de maneira coordenada e eficiente³.

O Sistema Único de Saúde (SUS) precisou lidar não apenas com a ameaça do vírus, mas com um negacionismo que produziu efeitos desastrosos e revelou como o comportamento diante da saúde/doença é moldado por visões de mundo e

posicionamentos político-partidários. Por trás das estatísticas, existem histórias a serem investigadas por quem reconhece a necessidade de interpretar as emergências como um fenômeno social, especialmente no contexto da diversidade e das desigualdades que caracterizam a população brasileira⁴.

As ciências sociais e humanas são fundamentais neste sentido, pois investigam repercussões dos determinantes sociais da saúde sobre as experiências de adoecimento. Os determinantes são fatores externos que influenciam a saúde das pessoas e são produzidos pelas condições econômicas, sociais e políticas do ambiente onde elas vivem, podendo ter mais força que aspectos biológicos⁵. Por isso as políticas públicas devem garantir equidade na distribuição de recursos e no acesso à saúde para grupos e regiões com características e vulnerabilidades distintas⁶.

De acordo com Andersen (1995) citado por Travassos & Martins⁷, o acesso é entendido como o processo de entrada e continuidade do cuidado no sistema de saúde, que abrange inclusive as etapas iniciais de percepção da necessidade e de tomada de decisão para a procura desse sistema, constituindo um importante elemento para a organização da oferta e funcionamento dos serviços. Considerando que os determinantes sociais podem limitar essa capacidade de acesso, profissionais e tomadores de decisão do SUS precisam entender como diferentes indivíduos e grupos sociais se comportam em situações de adoecimento. Os estudos sobre itinerários terapêuticos podem ser especialmente úteis, pois permitem identificar em que momento, onde e como ocorre a procura por cuidados.

Na perspectiva da antropologia da saúde, o itinerário terapêutico é definido como o caminho percorrido por um indivíduo e sua rede de apoio na busca pela recuperação, constituindo um elemento importante para o planejamento e gestão dos sistemas de saúde⁸. As experiências vivenciadas nesse complexo fenômeno social ocorrem dentro e fora dos serviços formais de saúde e mobilizam práticas interdisciplinares que são influenciadas por fatores culturais, cognitivos e sociais^{9,10}.

Poucos estudos abordaram os itinerários terapêuticos da covid-19 no Brasil^{11–15}, sendo que a maioria descreve experiências de pessoas com sintomas leves. E os que avaliam a trajetória de pacientes hospitalizados focam nos aspectos biomédicos dos care pathways – terapias empregadas pelos profissionais de saúde – sem abordar a busca por cuidados como fato social. Diante dessa lacuna, esta pesquisa teve como objetivo conhecer os itinerários terapêuticos de pessoas com Síndrome Respiratória

Aguda Grave (SRAG) causada pela covid-19 que foram internadas em um hospital público de alta complexidade no Distrito Federal (DF).

Com população de 3,1 milhões de habitantes¹⁶, o DF possui uma Rede de Atenção à Saúde (RAS) estruturada em sete regiões de saúde (Central, Centro-Sul, Leste, Norte, Oeste, Sul, Sudoeste) e oferta serviços em dois níveis atenção: primária – APS (tecnologias de menor densidade) e especializada – AES (tecnologias de média e alta complexidade)¹⁷. Em 2020, a APS contava com 172 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Já a rede de atenção às urgências e emergências, que integra a AES, possuía 14 hospitais regionais e seis Unidades de Pronto Atendimento (UPA)¹⁸.

Até 10 de março de 2023, o DF confirmou 898.465 casos e 11.845 óbitos por covid-19, com taxa de incidência acumulada de 26.114,2 casos para cada 100 mil habitantes, mortalidade de 354,3/100 mil habitantes e letalidade de 1,4%. Nos dois primeiros anos, quando a população ainda não estava vacinada, os maiores picos de hospitalizações pela doença foram registrados entre junho e setembro de 2020 e março e abril de 2021¹⁹.

Os protocolos do Ministério da Saúde e da Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF) para manejo da covid-19 orientavam que pacientes que buscassem atendimento com sintomas respiratórios agudos deveriam ser avaliados e encaminhados para unidades especializadas, dando prioridade aos idosos, pessoas com doenças crônicas ou outras comorbidades consideradas fatores de risco e gestantes e puérperas^{20,21}.

Este artigo descreve as trajetórias que os participantes da pesquisa percorreram em busca de tratamento e explora possíveis associações entre características sociodemográficas e o acesso ao SUS.

MÉTODOS

A abordagem utilizada foi um estudo de caso integrado, com unidades múltiplas de análise e triangulação de evidências quantitativas e qualitativas²². O ‘caso’ estudado foi o itinerário terapêutico de pacientes adultos internados no Hospital Universitário de Brasília, DF, entre maio de 2020 e dezembro de 2021, com diagnóstico confirmado de SRAG, que é a forma mais grave da covid-19.

A pesquisa analisou o banco de dados gerado por pesquisadores da Universidade de Brasília (UnB) em um estudo observacional do tipo coorte, que

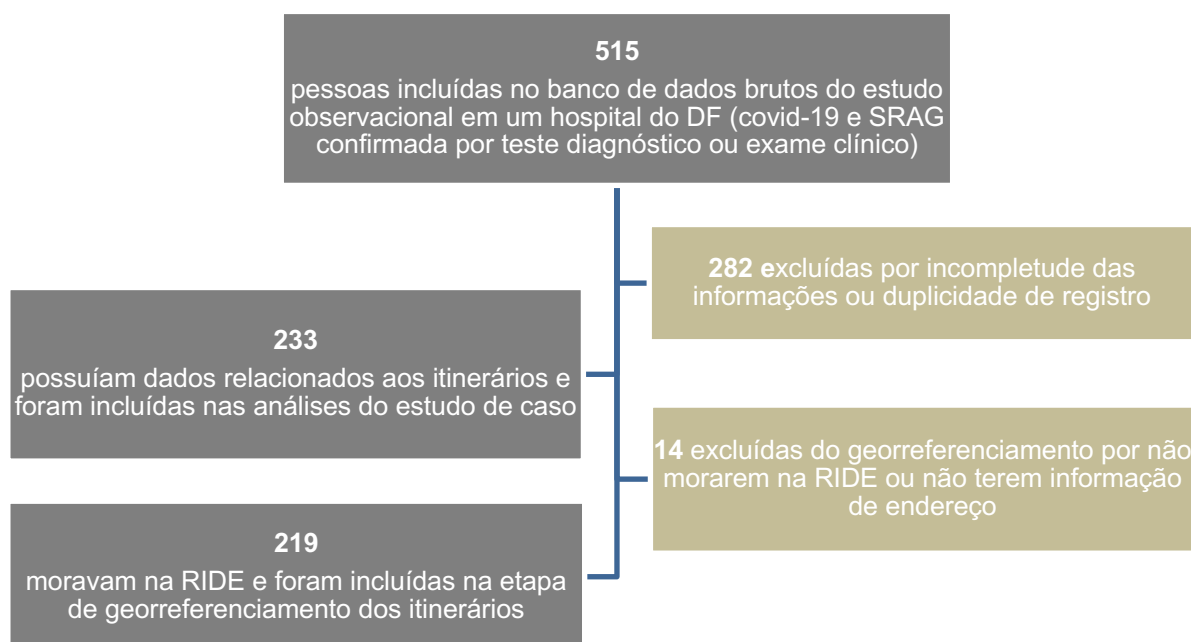
coletou dados primários e secundários em relatórios de vigilância epidemiológica, prontuários e entrevistas telefônicas semiestruturadas realizadas com pacientes e/ou acompanhantes, durante a internação ou até seis meses após a alta e previa, dentre outros objetivos, a investigação dos 'percursos terapêuticos' dos participantes.

O estudo de caso foi desenvolvido em três etapas: análise documental de protocolos oficiais, extração e análise dos dados da coorte e georreferenciamento dos caminhos realizados pelos pacientes desde o início dos sintomas até o desfecho da hospitalização. A triangulação das evidências quantitativas e qualitativas geradas nas três etapas foi adotada como estratégia geral de análise para vinculação dos resultados às proposições teóricas previamente levantadas em uma revisão da literatura sobre itinerários terapêuticos e covid-19.

A primeira etapa buscou identificar protocolos oficiais de manejo da covid-19 no SUS, publicizados em 2020 e 2021, com o objetivo de verificar se os itinerários percorridos pelos participantes foram condizentes com esses documentos. A busca ocorreu em dezembro de 2022, nos portais do Ministério da Saúde e SES-DF na internet e por meio de pesquisa livre no Google, utilizando palavras-chave como: "protocolo covid-19 Ministério da Saúde"; "fluxograma atendimento covid-19 SUS"; "protocolo covid-19 SES-DF".

A segunda etapa consistiu na análise quanti-qualitativa de informações extraídas do banco de dados do estudo observacional. Inicialmente, avaliou-se a completude dos dados, para seleção da população e variáveis de interesse. Dos 515 participantes da coorte que assinaram o termo de consentimento, 233 tinham informações relacionadas à trajetória pelo sistema de saúde e foram incluídos na análise. Para a etapa de georreferenciamento dos percursos, foram considerados somente os 219 que tinham endereço e moravam na Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE). A Figura 1 detalha o processo de seleção dos participantes do estudo de caso.

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos participantes do estudo de caso



Fonte: Autoria própria (2023).

Após organização dos dados, as variáveis consideradas relevantes e completas para responder à questão de pesquisa foram descritas e analisadas por meio do software estatístico SAS (versão 9.4). A descrição do perfil dos participantes e dos itinerários terapêuticos foi feita a partir da análise da distribuição de frequência das principais informações clínicas, demográficas e de acesso ao sistema de saúde. Para variáveis contínuas também foram calculadas a média, mediana, moda, mínimo e máximo.

Já a análise estatística consistiu no ajuste de dois modelos de regressão de Poisson com variância robusta, para identificar associações entre as características dos participantes (variáveis independentes) e o acesso aos serviços de saúde (variáveis dependentes). A escolha dessas variáveis e dos critérios para definição de cada uma delas baseou-se nos princípios de funcionamento da Rede de Atenção à Saúde do DF^{17,18} e fluxos de acesso previstos nos protocolos de manejo da covid-19^{20,21,23,24}.

No primeiro modelo de análise, 'buscar atendimento na atenção especializada' foi considerada variável dependente, a fim de identificar fatores associados à escolha do primeiro serviço de saúde procurado pelo paciente. As variáveis explicativas foram: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, ocupação, região de saúde da residência, classe

econômica, nível de renda domiciliar média da região administrativa onde mora, comorbidades prévias, quantidade de sintomas iniciais, e sintoma inicial 'falta de ar'.

No segundo modelo, a variável dependente foi 'seguir os fluxos de acesso estabelecidos', caracterizada por dois critérios: conseguir atendimento no primeiro local procurado; e passar por até três serviços de saúde. As variáveis explicativas foram: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, ocupação, região de saúde da residência, classe econômica, nível de renda domiciliar média da região administrativa onde mora, comorbidades prévias, quantidade de sintomas iniciais, sintoma inicial 'falta de ar', onde buscou o primeiro atendimento e primeiro serviço buscado próximo à residência. O pressuposto de que passar por até 3 serviços seria um indicativo de cumprimento dos fluxos foi baseado na moda do total de serviços buscados = 3; e na inferência de que o percurso mais longo para quem não teve dificuldade de acesso seria buscar o primeiro atendimento na atenção primária, ser direcionado a uma unidade da atenção secundária e, por fim, a um hospital terciário, totalizando três serviços.

Ambos os modelos foram analisados em duas fases: bivariada e múltipla, adotando-se como medidas de efeito a razão de prevalência (RP) e seus respectivos intervalos de 95% de confiança. Inicialmente, modelos de regressão de Poisson simples foram ajustados para cada variável explicativa. Aquelas com valor de $p < 0,25$ foram incluídas na análise de regressão de Poisson múltipla²⁵. Em seguida, foram ajustadas por um processo de retirada/inclusão de variáveis. Permaneceram no modelo ajustado apenas aquelas com $p < 0,05$, para as quais foram novamente calculadas as razões de prevalência e respectivos intervalos de confiança. Também foi avaliada a multicolinearidade entre as variáveis independentes, considerando como limite um indicador de tolerância $> 0,60$.

Na terceira etapa, o sistema de informação geográfica QGIS (versão 3.20.2) foi utilizado para georreferenciamento dos endereços, análise espacial e elaboração de mapas com os locais de residência dos participantes e as unidades de saúde por onde cada um passou. Para tratamento das informações extraídas do banco de dados e cálculo estimado da distância percorrida utilizou-se o software Microsoft Excel® (versão 2016).

O projeto 'Síndromes respiratórias graves no DF' foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da Faculdade de Medicina da UnB (Parecer nº 4.112.214).

RESULTADOS

Descrição do perfil dos participantes

A Tabela 1 apresenta a distribuição de frequência absoluta e percentual das variáveis relacionadas ao perfil demográfico e de saúde dos 233 participantes incluídos neste estudo de caso como unidades integradas de análise. A maioria era do sexo masculino (60,52%) e tinha mais de 60 anos de idade (53,64%). Aproximadamente 68% eram pessoas pretas ou pardas, 29% brancas e menos de 3% indígenas ou amarelas.

Quase metade tinha nível de escolaridade baixo – sem alfabetização (15,89%) ou ensino fundamental incompleto (32,24%). Quanto à ocupação, metade eram aposentados/pensionistas/beneficiários. A renda dos participantes variava de 0 a 80 mil reais mensais (média = R\$2.154,00), sendo que 12,61% não tinham nenhuma renda, 39,64% recebiam até 1 salário mínimo, 25,68% até 2 salários, 14,41% até 4 salários e 7,66% tinham renda superior a 4 salários por mês. Apenas 9,96% receberam auxílio financeiro do Governo na pandemia.

Havia moradores das sete regiões de saúde do DF (86,15%), além de outros municípios da RIDE, Amazonas, Bahia, Goiás e Minas Gerais (13,85%). A maior parte morava em regiões com renda domiciliar baixa ou média-baixa (61,04%), o que coincide com a classificação econômica: mais de 75% dos participantes pertenciam às classes C1 (24,56%), C2 (30,26%) ou DE (22,37%).

Quase todos os pacientes apresentavam pelo menos uma comorbidade prévia (93,57%) e 28,57% passaram por hospitalização no ano anterior, mostrando que se tratava de um grupo com maior risco clínico-epidemiológico. Somente 5,15% possuíam plano de saúde privado. Perguntados sobre onde buscaram assistência médica quando adoeceram, os locais mais apontados foram UBS (34,20%) e hospitais públicos (33,33%), seguidos das UPA (22,08%). Quando a pergunta foi sobre o local mais buscado em situações de emergência, hospitais passaram para 59,05%, UPA 28,02% e UBS 5,6%.

Tabela 1 – Descrição do perfil demográfico e de saúde dos participantes (n=233)

Característica	n	%
Sexo		
Feminino	92	39,48
Masculino	141	60,52
Idade		
22-39 anos	31	13,30
40-59 anos	77	33,05
60-79 anos	93	39,91
80-98 anos	32	13,73
Raça/cor		
Branca	66	29,07
Amarela	2	0,88
Indígena	4	1,76
Parda	39	17,18
Preta	116	51,10
Sem informação	6	
Escolaridade		
Sem escolaridade	34	15,89
Alfabetizado (fundamental incompleto)	69	32,24
Ensino fundamental completo ou médio incompleto	30	14,02
Ensino médio completo ou superior incompleto	59	27,57
Ensino superior completo	22	10,28
Sem informação	19	
Ocupação		
Aposentado, pensionista ou beneficiário	113	49,56
Desempregado	34	14,91
Dona de casa	10	4,39
Trabalhador autônomo	29	12,72
Trabalhador formal	40	17,54
Estudante	2	0,88
Sem informação	5	
Renda média mensal¹		
Sem renda	28	12,61
Até 1 salário mínimo (R\$1-1100)	88	39,64
Até 2 salários mínimos (R\$1101-2200)	57	25,68
Até 4 salários mínimos (R\$2201-4400)	32	14,41
Acima de 4 salários mínimos (>R\$4400)	17	7,66
(dado ausente)	11	
Recebeu auxílio emergencial do Governo na pandemia		
Não	208	90,04
Sim	23	9,96
Sem informação	2	
Região de Saúde do endereço de residência		
Fora do DF	32	13,85
Central	6	2,6
Centro-Sul	27	11,6
Leste	28	12,12
Norte	34	14,72
Oeste	40	17,32
Sudoeste	43	18,61
Sul	21	9,09
Sem informação	2	
Nível de renda domiciliar média da região administrativa (RA) onde mora²		
Fora do DF	32	13,85
Baixa	70	30,30
Média-baixa	71	30,74
Média-alta	47	20,35
Alta	11	4,76
Sem informação	2	
Tipo de imóvel onde mora		
Alugado	58	25,44
Próprio	165	72,37

Característica	n	%
Residência Coletiva	5	2,19
Sem informação	5	
Quantidade de moradores da residência		
1-2	94	40,52
3-4	95	40,95
5-6	31	13,36
7-12	12	5,17
Sem informação	1	
Classe econômica³		
A	7	3,07
B1	8	3,51
B2	37	16,23
C1	56	24,56
C2	69	30,26
DE	51	22,37
Sem informação	5	
Comorbidades prévias		
0	15	6,44
1	42	18,03
2 a 5	162	69,53
6 a 9	14	6,01
Passou por hospitalização no último ano		
Não	160	71,43
Sim	64	28,57
Sem informação	9	
Possui plano de saúde		
Não	221	94,85
Sim	12	5,15
Quando adoece, onde geralmente busca assistência médica		
Clínica/Hospital Particular com plano de saúde	7	3,03
Clínica/Hospital Particular sem plano de saúde	15	6,49
Hospital Público	77	33,33
UBS	79	34,20
UPA	51	22,08
Não Busca	2	0,87
Sem informação	2	
Em situações de emergência, onde geralmente busca atendimento		
Clínica/Hospital Particular com plano de saúde	8	3,45
Clínica/Hospital Particular sem plano de saúde	8	3,45
Hospital Público	137	59,05
SAMU	1	0,43
UBS	13	5,60
UPA	65	28,02
Sem informação	1	

Fonte: Autoria própria (2023).

¹ Considerando o valor do salário mínimo em 2020 (R\$1.100,00);

² Baseada nos critérios da PNAD contínua em 2020, do IBGE, onde Renda muito baixa: menor que R\$1.650,50/mês; Renda baixa: entre R\$1.650,50 e R\$2.471,09; Renda média-baixa: entre R\$2.471,09 e R\$4.127,41; Renda média: entre R\$4.127,41 e R\$8.254,83; Renda média-alta: entre R\$8.254,83 e R\$16.509,66; e Renda alta: maior que R\$16.509,66;

³ Classificação realizada com base no Critério Brasil, que considera condições sociais, de renda e moradia.

Descrição dos itinerários terapêuticos

A Tabela 2 descreve a distribuição de frequência absoluta e percentual das características relacionadas ao processo de adoecimento e acesso aos serviços de saúde, desde os sintomas iniciais até o desfecho da hospitalização por SRAG.

Considerando que durante a coleta muitos pacientes ainda estavam internados ou haviam falecido, 74,14% das entrevistas foram respondidas por acompanhantes.

A maioria dos participantes foi hospitalizada durante a segunda onda, entre dezembro de 2020 e junho de 2021 (48,07%) ou na primeira onda, entre maio e agosto de 2020 (25,75%), seguindo o observado no cenário nacional²⁶. Aproximadamente 17% disseram ter usado medicamentos sem comprovação de eficácia (hidroxicloroquina, ivermectina e outros) para prevenir a covid-19. Após serem infectados, 44,7% dos pacientes tiveram de 3 a 4 sintomas e 48,07% sentiram falta de ar. A maioria não usou medicamentos que já tinha em casa (74,76%) e buscou atendimento em até cinco dias após os primeiros sintomas (66,66%).

Quanto ao acesso à RAS, os pontos mais buscados para primeiro atendimento foram os hospitais públicos (42,86%), seguidos pelas UPA (25,54%), UBS (22,51%) e clínicas/consultórios (4,76%) ou hospitais particulares (4,33%). Categorizando-os pelo nível de atenção, 77,49% procuraram o primeiro atendimento na atenção especializada. Em 63,88% dos casos o serviço ficava próximo à residência do paciente, o que foi apontado como principal motivo de escolha (42,67%).

Grande parte conseguiu atendimento no primeiro serviço procurado (67,53%) e foi hospitalizada no mesmo dia ou em até 24 horas (54,38%). A atenção especializada foi a principal porta de entrada do sistema, principalmente hospitais públicos (60,61%). A maioria dos participantes (69,26%) passou por, no máximo, três serviços de saúde, somando-se os locais buscados e acessados. Estima-se que a distância total percorrida desde a residência, passando por esses serviços até o hospital estudado, variou de 5,29 a 3.440 km, com média de 163,28 km e mediana de 44,31 km – havia pacientes transferidos de Manaus-AM durante o colapso do sistema de saúde amazonense. A distância foi inferior a 50 km em 62,34% dos casos e o carro particular foi o meio mais utilizado nesses trajetos (63,04%).

Em relação ao desfecho da hospitalização, 65,65% tiveram alta hospitalar, 27,83% faleceram e 6,52% foram transferidos. A duração do itinerário terapêutico, desde o início dos sintomas até esse desfecho, variou de 2 a 130 dias, com média de 31,25 e mediana de 24 dias.

De modo geral, a maioria dos participantes buscou o primeiro atendimento na atenção especializada e conseguiu acesso rápido ao sistema de saúde, conforme preconizado nos protocolos^{20,21,23,24}.

Tabela 2 – Descrição do itinerário terapêutico dos participantes, a partir das características do processo de adoecimento e acesso ao sistema de saúde (n=233)

Característica	n	%
Respondente da pesquisa		
Acompanhante	172	74,14
Paciente	60	25,86
Sem informação	1	
Fase da pandemia¹		
Primeira onda 2020 (maio a agosto/2020)	60	25,75
Transição 2020 (setembro a novembro/2020)	26	11,16
Segunda onda 2021 (dezembro/2020 a junho/2021)	112	48,07
Pós-vacinação 2021 (julho a dezembro/2021)	35	15,02
Usou (hidroxi)cloroquina e/ou ivermectina como profilaxia para covid-19		
Não	193	82,83
Sim	40	17,17
Quantidade de sintomas iniciais²		
0	21	9,68
1-2	56	25,81
3-4	97	44,70
5 ou mais	43	19,82
Sem informação	16	
Teve dispneia/falta de ar como sintoma inicial³		
Não	121	51,93
Sim	112	48,07
Usou medicamentos que já tinha em casa após o início dos sintomas		
Não	157	74,76
Sim	53	25,24
Sem informação	23	
Quantos dias ficou com sintomas até buscar atendimento		
0-2	52	26,26
3-5	80	40,40
6-8	66	33,33
Sem informação	35	
Onde buscou o primeiro atendimento		
Clínica/consultório particular	11	4,76
Hospital particular	10	4,33
Hospital público	99	42,86
UBS	52	22,51
UPA	59	25,54
Sem informação	2	
Nível de atenção do primeiro serviço buscado⁴		
Especializada	179	77,49
Primária	52	22,51
Sem informação	2	
Por que optou por esse serviço		
Por proximidade da residência	96	42,67
Por já ser assistido nessa unidade	29	12,89
Por ser de fácil localização	9	4,00
Por indicação	7	3,11
Pela qualidade do atendimento	11	4,89
Outros / Prefere não responder	73	32,44
Sem informação	8	
Primeiro serviço buscado era o mais próximo da residência		
Não	82	36,12
Sim	145	63,88
Sem informação	6	
Foi atendido no primeiro serviço buscado		
Não	75	32,47
Sim	156	67,53
(dado ausente)	2	
Onde conseguiu o primeiro atendimento		
Hospital	140	60,61

Característica	n	%
UBS	24	10,39
UPA	57	24,68
Outro	10	4,33
Sem informação	2	
Quantos dias levou do primeiro atendimento até a internação		
0-1	118	54,38
2-3	35	16,13
4-7	43	19,82
8-15	21	9,68
Sem informação	16	
Total de serviços de saúde por onde passou, incluindo o hospital estudado (do início dos sintomas até o desfecho)		
1	13	5,63
2	68	29,44
3	79	34,20
4	42	18,18
5	19	8,23
6 ou mais	10	4,33
Sem informação	2	
Distância total percorrida entre os serviços de saúde⁵		
<=50 km	144	62,34
51-100 km	62	26,84
>100 km	25	10,82
Sem informação	2	
Tipo de transporte mais utilizado para chegar aos serviços de saúde		
Ambulância/SAMU/outro transporte hospitalar	50	21,74
Carro particular	145	63,04
Ônibus e/ou metrô	8	3,48
A pé ou de bicicleta	3	1,30
Táxi/Uber	24	10,43
Sem informação	3	
Passou por Unidade de Terapia Intensiva (UTI)		
Não	118	57,84
Sim	86	42,16
Sem informação	29	
Desfecho final		
Óbito	64	27,83
Alta	151	65,65
Transferência	15	6,52
Sem informação	3	
Duração do itinerário terapêutico (do início dos sintomas até o desfecho)		
1-15 dias	35	18,42
16-30 dias	83	43,68
31-60 dias	53	27,89
>60 dias	19	10,00
Sem informação	43	

Fonte: Autoria própria (2023).

¹ Indica o momento da pandemia em que o participante foi internado²⁷;

² Obtida a partir de uma lista com 25 sintomas de síndrome gripal associados à covid-19;

³ A dispneia/falta de ar foi considerada indicativo da gravidade por ser um dos sinais clínicos da SRAG^{23,28} e a variável mais completa do banco de dados para esta finalidade;

⁴ Considerou-se UBS como Atenção Primária e as demais unidades (UPA, hospitais públicos, consultórios/clínicas/hospitais particulares) como Atenção Especializada;

⁵ A partir do georreferenciamento das distâncias entre a RA de residência do paciente e os serviços por onde ele passou, inferindo que cada paciente foi direto de um serviço para outro, sem retornar à residência.

Análise de associações

A Tabela 3 apresenta os resultados da análise de associações entre o perfil dos participantes e os dois eventos que caracterizaram o acesso ao sistema de saúde.

No primeiro modelo, 'buscar o primeiro atendimento na atenção especializada' foi considerado como variável dependente. Inicialmente, na análise bivariada, as variáveis idade, escolaridade, ocupação, região de saúde da residência, classe econômica e nível de renda domiciliar média da região administrativa onde mora apresentaram um p valor $< 0,25$ e foram incluídas no modelo multivariado. Após ajuste do modelo de regressão de Poisson com variância robusta múltiplo, escolaridade, ocupação, região de saúde da residência e classe econômica apresentaram uma associação significativa ($p < 0,05$) com o evento.

Os resultados mostram que pacientes sem escolaridade ou com ensino fundamental foram os que mais buscaram o primeiro atendimento na atenção especializada, com prevalência 16% maior que aqueles com ensino médio ou superior ($p = 0,0490$). Quanto à ocupação, ser aposentado/pensionista ou trabalhador formal aumentou a probabilidade de buscar a atenção especializada em 48% ($p = 0,0052$) e 40% ($p = 0,0478$), respectivamente, quando comparado com pacientes desempregados. Trabalhadores autônomos e donas de casa não apresentaram diferenças significativas em relação aos desempregados ($p = 0,2321$).

Os moradores das regiões de saúde Norte e Sul do DF foram os que menos buscaram a atenção especializada para primeiro atendimento. Em seguida vieram os das regiões Central e Centro-Sul e Sudoeste, com uma prevalência 51% maior ($p = 0,0152$; $p = 0,0121$), Leste (52%, $p = 0,0162$), de fora do DF (58%, $p = 0,0069$) e os da região Oeste, que tiveram 67% mais probabilidade de buscar a atenção especializada que os da Norte ($p = 0,0019$).

Os participantes pertencentes à classe A foram os que mais buscaram a atenção especializada, com uma prevalência 40% maior que os da classe C1/C2 ($p = 0,00052$). Pacientes das classes B1/B2 e DE não tiveram diferenças significativas em relação aos da classe C1/C2 ($p = 0,6849$; $p = 0,6428$). Embora não tenha permanecido no modelo multivariado, a análise do nível de renda domiciliar média da região de residência também indica que moradores de áreas com renda baixa foram os que mais buscaram atendimento na atenção primária, enquanto os de regiões com renda alta tiveram maior probabilidade de buscar a atenção especializada (38%, $p = 0,0116$).

A segunda parte da tabela mostra a análise de fatores associados ao evento 'seguir os fluxos de acesso estabelecidos', caracterizado por 'ser atendido no primeiro serviço buscado' e 'passar por no máximo três serviços'.

Inicialmente, na análise bivariada, as variáveis escolaridade, região de saúde da residência, classe econômica, nível de renda domiciliar média da região administrativa onde mora, quantidade de sintomas iniciais, sintoma inicial 'falta de ar', onde buscou o primeiro atendimento e primeiro serviço procurado próximo à residência apresentaram um p valor $< 0,25$ e foram incluídas no modelo multivariado. Após o ajuste do modelo de regressão de Poisson com variância robusta múltiplo, nível de renda da região onde mora, quantidade de sintomas iniciais e onde buscou o primeiro atendimento apresentaram uma associação significativa ($p < 0,05$) com a facilidade de acesso ao sistema de saúde.

Os participantes que demoraram mais para conseguir atendimento e passaram por um número maior de serviços foram os que moram em regiões administrativas com nível de renda domiciliar média-alta. Já os participantes de fora do DF tiveram uma facilidade de acesso 65% maior ($p=0,0950$), seguidos pelos moradores das regiões de renda baixa (90% maior, $p=0,0149$), baixa-média (92% maior, $p=0,0130$) e alta (139% maior, $p=0,0020$).

Pessoas que apresentavam mais sintomas quando procuraram atendimento (> 4) tiveram 36% maior facilidade de acesso que aquelas com menos sintomas ($p=0,02225$), assim como as que buscaram o primeiro atendimento na atenção especializada, em comparação com as que buscaram a APS (135% maior, $p=0,0007$).

Os pacientes com falta de ar, em geral, foram atendidos no primeiro local buscado e rapidamente internados, mas, justamente por isso, passaram por menos serviços de saúde. Isso pode justificar o surgimento de um viés de confusão, onde os pacientes sem este sintoma parecem ter tido maior facilidade de acesso.

O indicador de tolerância para multicolinearidade variou de 0,78 a 0,99 para o primeiro evento analisado e de 0,96 a 0,99 para o segundo, indicando que não existe multicolinearidade entre as variáveis independentes.

Tabela 3 – Razões de prevalência brutas e ajustadas, conforme modelo de regressão de Poisson com variância robusta e seus respectivos intervalos de 95% de confiança, para os dois eventos que caracterizaram o processo de acesso aos serviços de saúde.

Variáveis	RP Bruta		RP Ajustada	
	RP (IC 95 %)	p-valor	RP (IC 95%)	p-valor
Evento 1 – Buscar o primeiro atendimento na atenção especializada (n = 202)				
Sexo				
Masculino	1	-	-	-
Feminino	1,02 (0,88; 1,17)	0,7956	-	-

Variáveis	RP Bruta		RP Ajustada	
	RP (IC 95 %)	p-valor	RP (IC 95%)	p-valor
Idade				
< 60 anos	1	-	-	-
≥ 60 anos	1,19 (1,03; 1,37)	0,0202	-	-
Escolaridade				
Médio ou Superior	1	-	1	-
Sem escolaridade ou Fundamental	1,24 (1,06; 1,46)	0,0072	1,16 (1,00; 1,37)	0,0490
Raça/cor¹				
Preta ou Parda	1	-	-	-
Branca	1,05 (0,91; 1,22)	0,5014	-	-
Ocupação				
Desempregado	1	-	1	-
Autônomo ou Dona de Casa/Do lar	1,26 (0,90; 1,77)	0,1719	1,22 (0,88; 1,69)	0,2321
Trabalhador formal	1,22 (0,87; 1,72)	0,2551	1,40 (1,00; 1,95)	0,0478
Aposentado/Pensionista/Beneficiário	1,47 (1,10; 1,97)	0,0094	1,48 (1,12; 1,95)	0,0052
Região de Saúde da residência				
Norte	1	-	1	-
Sul	1,07 (0,69; 1,68)	0,7497	1,00 (0,59; 1,67)	0,9892
Sudoeste	1,37 (0,99; 1,91)	0,0602	1,51 (1,09; 2,09)	0,0121
Central e Centro Sul	1,42 (1,02; 1,98)	0,0393	1,51 (1,08; 2,11)	0,0152
Leste	1,36 (0,96; 1,94)	0,0825	1,52 (1,08; 2,15)	0,0162
Fora DF	1,46 (1,05; 2,03)	0,0259	1,58 (1,13; 2,20)	0,0069
Oeste	1,56 (1,14; 2,13)	0,0052	1,67 (1,21; 2,31)	0,0019
Classe Econômica				
C1/C2	1	-	1	-
B1/B2	1,03 (0,85; 1,23)	0,7858	1,04 (0,86; 1,27)	0,6849
DE	1,05 (0,89; 1,25)	0,5361	1,04 (0,89; 1,21)	0,6428
A	1,32 (1,19; 1,46)	< 0,0001	1,40 (1,10; 1,77)	0,0052
Nível de renda domiciliar média da região administrativa onde mora				
		0,1141	-	-
Baixa	1	-	-	-
Média-alta	1,22 (0,98; 1,53)	0,0733	-	-
Baixa-média	1,24 (1,01; 1,52)	0,0383	-	-
Fora do DF	1,28 (1,01; 1,60)	0,0368	-	-
Alta	1,38 (1,07; 1,78)	0,0116	-	-
Comorbidades prévias				
Nenhuma	1	-	-	-
Uma	1,05 (0,70; 1,58)	0,8162	-	-
Múltiplas	1,20 (0,83; 1,73)	0,3281	-	-
Quantidade de sintomas iniciais				
≤ 4	1	-	-	-
> 4	1,01 (0,84; 1,21)	0,9203	-	-
Sintoma inicial “falta de ar”				
Sim	1	-	-	-
Não	1,07 (0,93; 1,23)	0,3624	-	-
Evento 2 – Seguir os fluxos de acesso estabelecidos (n = 190)				
Sexo				
Feminino	1	-	-	-
Masculino	1,12 (0,87; 1,44)	0,3690	-	-
Idade				
< 60 anos	1	-	-	-
≥ 60 anos	1,14 (0,89; 1,45)	0,2971	-	-
Escolaridade				
Médio ou Superior	1	-	-	-
Sem escolaridade ou Fundamental	1,27 (0,97; 1,65)	0,0766	-	-
Raça/cor¹				
Branca	1	-	-	-
Preta ou Parda	1,12 (0,84; 1,49)	0,4316	-	-
Ocupação				
Desempregado	1	-	-	-
Trabalhador formal	1,09 (0,68; 1,74)	0,7199	-	-
Autônomo ou Dona de Casa/Do lar	1,14 (0,72; 1,81)	0,5659	-	-
Aposentado/Pensionista/Beneficiário	1,18 (0,79; 1,74)	0,4184	-	-

Variáveis	RP Bruta		RP Ajustada	
	RP (IC 95 %)	p-valor	RP (IC 95%)	p-valor
Região de Saúde da residência		0,1767		-
Sul	1	-	-	-
Sudoeste	1,03 (0,57; 1,87)	0,9202	-	-
Norte	1,06 (0,57; 1,97)	0,8523	-	-
Fora DF	1,20 (0,66; 2,19)	0,5437	-	-
Oeste	1,34 (0,77; 2,35)	0,3046	-	-
Centro e Centro Sul	1,41 (0,80; 2,49)	0,2296	-	-
Leste	1,67 (0,96; 2,88)	0,0670	-	-
Classe Econômica		0,2452	-	-
A	1	-	-	-
B1/B2	1,04 (0,41; 2,59)	0,9380	-	-
C1/C2	1,24 (0,52; 2,97)	0,6259	-	-
DE	1,49 (0,62; 3,60)	0,3719	-	-
Nível de renda domiciliar média da região administrativa onde mora		0,1971		0,0380
Média-alta	1	-	1	-
Fora do DF	1,32 (0,80; 2,17)	0,2740	1,65 (0,92; 2,97)	0,0950
Baixa	1,46 (0,97; 2,21)	0,0728	1,90 (1,13; 3,18)	0,0149
Baixa-média	1,44 (0,95; 2,18)	0,0848	1,92 (1,15; 3,22)	0,0130
Alta	1,86 (1,11; 3,10)	0,0174	2,39 (1,37; 4,15)	0,0020
Comorbidades prévias		0,6485	-	-
Uma	1	-	-	-
Nenhuma	1,14 (0,81; 1,63)	0,4420	-	-
Múltiplas	1,26 (0,75; 2,14)	0,3842	-	-
Quantidade de sintomas iniciais				
≤ 4	1	-	1	-
> 4	1,27 (0,98; 1,66)	0,0723	1,36 (1,04; 1,76)	0,0225
Sintoma inicial “falta de ar”				
Não	1,22 (0,96; 1,56)	0,1098	-	-
Sim	1	-	-	-
Onde buscou o primeiro atendimento		0,0004		0,0007
Atenção Primária	1	-	1	-
Atenção Especializada	2,29 (1,44; 3,64)	0,0004	2,35 (1,43; 3,86)	0,0007
Primeiro serviço buscado próximo à residência		0,0373	-	-
Sim	1	-	-	-
Não	1,29 (1,01; 1,63)	0,0373	-	-

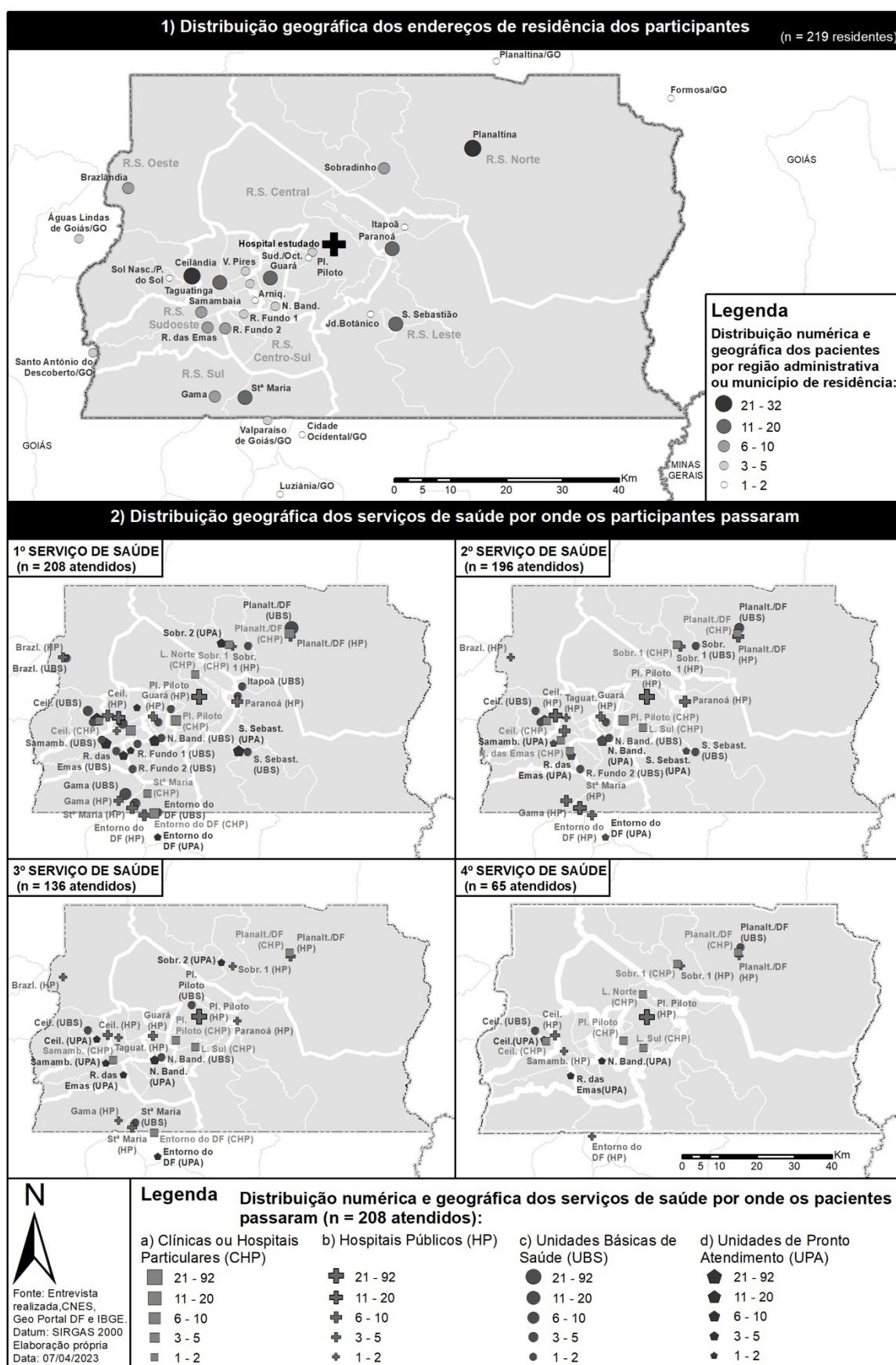
Fonte: Autoria própria (2023).

¹ Pessoas indígenas e amarelas, se somadas, representavam menos de 3% dos participantes e, por isso, não foram consideradas nesta análise.

Georreferenciamento do percurso dos pacientes

A Figura 2 apresenta a distribuição geográfica da residência dos pacientes, por região administrativa ou município, e a localização e tipo dos serviços de saúde por onde eles passaram, desde o primeiro local procurado até o hospital estudado. O tamanho do círculo indica a quantidade de participantes em cada ponto do mapa e a cor indica o tipo de serviço – UBS, UPA, hospital público ou clínica/hospital particular. Cabe lembrar que nesta etapa foram excluídos participantes que não tinham informação de endereço ou moravam fora da RIDE.

Figura 2 – Distribuição geográfica dos endereços de residência dos participantes (n=219) e dos serviços de saúde por onde eles passaram



DISCUSSÃO

Diferente do que costuma ser evidenciado em pesquisas sobre itinerários terapêuticos no SUS^{8,10,11,29-32}, neste estudo de caso a maioria dos participantes seguiu os fluxos formais, teve acesso rápido e não precisou peregrinar pelos serviços de saúde para conseguir atendimento. Os principais determinantes desta facilidade de acesso foram: gravidade dos casos, caracterizada pela idade, perfil clínico-epidemiológico e quantidade de sintomas iniciais; tipo de serviço buscado para primeiro atendimento; e contexto socioeconômico, representado pelo nível de renda domiciliar média da região de residência.

A instituição estudada recebia principalmente pacientes graves. Isso pode justificar a homogeneidade das características clínico-epidemiológicas, embora, de modo geral, o perfil não seja distinto do observado em outros estudos, onde o sexo masculino, idade acima de 60 anos, raça/cor preta ou parda, baixa escolaridade e múltiplas comorbidades aparecem como principais fatores de risco para hospitalização e óbito por covid-19^{28,33,34}. A duração do itinerário também foi semelhante à de uma coorte brasileira que investigou fatores associados ao óbito por covid-19, onde o tempo médio entre os sintomas e o desfecho foi 33,6 dias²⁸.

O fato da maioria dos participantes ter buscado o primeiro atendimento na atenção especializada, entre o terceiro e quinto dia após surgirem os sintomas, e ter relatado que não se automedicou também são indícios da capacidade de perceber a gravidade da situação e tomar decisões alinhadas aos protocolos. Alguns fatores podem explicar essa diferença em relação aos estudos que mostram que os itinerários terapêuticos geralmente não coincidem com os fluxos estabelecidos⁸. Primeiramente, a circulação de informações diárias na imprensa, redes e mídias sociais intensificou (ou reduziu, dependendo do posicionamento) a visibilidade da covid-19. Isso pode ter deixado o setor profissional e a população, especialmente grupos de risco, mais atentos às orientações de acesso. Em segundo lugar, quase 75% das entrevistas foram respondidas pelos acompanhantes, geralmente familiares mais jovens e com maior nível de escolaridade. Ao afirmarem que costumam procurar assistência na atenção primária quando adoecem e na atenção especializada em situações de emergência, eles demonstraram certo conhecimento sobre a lógica de funcionamento do sistema que pode ser distinto do que os próprios pacientes teriam. Além disso, há que se considerar que essa narrativa pode ter sido influenciada pelas interpretações

e aprendizados da experiência vivida, após constatarem, por exemplo, que buscar uma UBS tornou o acesso mais demorado.

O sistema de saúde também parece ter cumprido os protocolos, garantindo maior acesso aos públicos considerados prioritários – pessoas com fatores de risco e casos graves^{20,21,23,24}. Mas é importante avaliar por que quem buscou a atenção primária demorou mais para conseguir atendimento. Por uma questão histórica e estrutural, o SUS ainda é mais preparado para lidar com eventos agudos de saúde, que exigem respostas episódicas e reativas no nível hospitalar, do que com condições crônicas não agudizadas, em que são necessárias ações contínuas, proativas e integradas³⁵. Essa lógica hospitalocêntrica torna o acesso melhor e mais rápido em situações de urgência/emergência, especialmente para quem busca a atenção especializada.

Por outro lado, a capacidade de resposta do SUS foi afetada pelo negacionismo do (des)governo Jair Bolsonaro^{3,36} e pelas discrepâncias de natureza político-institucional (características do arranjo federativo) e histórico-estrutural (desigualdades socioespaciais) que existem entre as unidades federativas, entre áreas urbanas e rurais, centro e periferia³⁷. Um estudo revelou que a disponibilidade de leitos de UTI foi consideravelmente maior nos centros das grandes cidades⁶. Outro concluiu que as desigualdades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde tiveram maior associação com os casos e óbitos por covid-19 do que fatores biológicos: os estados do Norte/Nordeste, onde há menor desenvolvimento socioeconômico e capacidade hospitalar, apresentaram as piores taxas de mortalidade, mesmo tendo menor prevalência de fatores de risco clínico. Esse mesmo estudo apontou que o DF teve a maior proporção de leitos de UTI por habitantes e a menor taxa de mortalidade do país³⁶. Como visto na Figura 2, os vazios assistenciais do DF são menos expressivos do que nas demais unidades federativas (UF), especialmente naquelas com menor densidade demográfica.

O contexto socioeconômico é um dos principais determinantes das decisões e experiências vivenciadas na busca por cuidados³⁸. Apesar de ter o maior Índice de Desenvolvimento Humano e renda domiciliar per capita entre todas as UF³⁹, o DF tem o terceiro maior percentual de pessoas pobres, revelando desigualdades que se manifestam em problemas de mobilidade, habitação, trabalho, renda e acesso a serviços, inclusive de saúde⁴⁰. Isso é importante para entender a associação entre a região de residência dos participantes e o tipo de serviço procurado primeiro.

A decisão de qual local buscar depende de diversos fatores, incluindo as percepções sobre as características, finalidade e disponibilidade dos serviços⁷. Neste sentido, as inequidades de oferta existentes entre as regiões de saúde podem ter sido determinantes. A Região de Saúde Oeste, onde UPA e hospitais foram mais procurados, possui maior disponibilidade de serviços especializados. Já a Região de Saúde Norte, onde a APS foi mais procurada, concentra os piores indicadores socioeconômicos do DF e baixa oferta de AES⁴⁰. Da mesma forma, o fato dos participantes que tiveram mais dificuldade de acesso serem os que moravam em regiões com renda média-alta e buscaram primeiro a rede privada pode estar relacionado às percepções que eles têm do SUS e, ainda, às crenças político-ideológicas negacionistas comuns em grupos com maior poder econômico.

De modo geral, os resultados confirmam a proposição teórica deste estudo de caso, de que as pessoas possuem comportamentos e pensamentos distintos diante da doença e isso não está relacionado a fatores biológicos, mas sim socioculturais. Por isso, a abordagem de questões relacionadas à saúde/adoecimento precisa considerar os contextos em que elas ocorrem⁴¹.

Grande parte das pesquisas empíricas que investigaram aspectos sociodemográficos de internações por covid-19 no contexto brasileiro^{33,34,36,42} focou nos desfechos clínicos e/ou utilizou somente dados secundários. Este é o primeiro estudo a analisar dados primários e secundários para descrever os itinerários terapêuticos de pessoas hospitalizadas por covid-19 no SUS e explorar os determinantes sociais desse processo a partir de uma abordagem quanti-qualitativa.

A principal limitação deste estudo é que os dados se restringiam aos caminhos e decisões dos participantes no setor profissional de saúde. Isso dificultou a investigação de aspectos culturais e de outras formas de cuidado que não sejam as práticas biomédicas^{9,10}. Além disso, informações relevantes para compreensão dos itinerários e do acesso estavam incompletas ou inconsistentes e não puderam ser incluídas na análise, como o local e data exatos dos atendimentos. Os dados também não permitiram identificar quando a transição entre os serviços foi por iniciativa do paciente (em busca de atendimento) ou por transferência, limitando o cálculo das distâncias e mapeamento dos percursos.

Finalmente, na análise documental, observou-se um ‘apagão’ de informações no portal do Ministério da Saúde, entre 2020 e 2021. Os protocolos utilizados no estudo foram retirados de sites de terceiros, revelando como o posicionamento político-

ideológico do Governo Jair Bolsonaro afetou inclusive a transparência e efetividade da comunicação e gestão de riscos na pandemia.

CONCLUSÃO

Este estudo analisou os itinerários terapêuticos de pessoas internadas com covid-19 grave em um hospital público do Distrito Federal, concluindo que o acesso da população estudada à Rede de Atenção à Saúde seguiu os protocolos oficiais e foi influenciado por características sociodemográficas.

Os resultados podem não ser estatisticamente generalizáveis, principalmente por causa dos efeitos da diversidade cultural e inequidades regionais sobre o acesso aos cuidados em saúde. Por outro lado, eles permitem concluir que as políticas de enfrentamento à covid-19 e outras epidemias precisam considerar não apenas riscos biológicos, mas também as desigualdades e vulnerabilidades que afetam as pessoas de formas distintas. Entendendo que os itinerários terapêuticos têm a capacidade de revelar necessidades individuais, sociais e institucionais, estudos como este podem ajudar gestores e profissionais do SUS no desafio de planejar e gerir serviços de saúde que respondam efetivamente às demandas da população.

Ainda que a OMS tenha declarado, em maio de 2023, o fim da pandemia de covid-19, suas consequências seguirão influenciando os modos de viver, se relacionar, sentir e interpretar o mundo. Diante disso, é essencial que novas pesquisas busquem aprofundar a compreensão dos itinerários terapêuticos em situações de emergência sanitária, analisando os aspectos culturais e todas as formas de cuidado envolvidas no processo de saúde/adoecimento individual e coletivo.

REFERÊNCIAS

1. Organização Pan-Americana da Saúde. Histórico da pandemia de COVID-19; Brasília: OPAS; 2022 [acesso em 2022 jul 5]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Covid-19 no Brasil – Casos e Óbitos; 2023 [acesso em 2023 jul 4]. Disponível em: https://infoms.saude.gov.br/extensions/covid-19_html/covid-19_html.html
3. Brandão CC, Mendonça AVM, Sousa MF. Governança federal na construção da política de enfrentamento à covid-19 na atenção primária à saúde brasileira.

Ciênc. Saúde Colet. 2023 [acesso em 2023 mai 27]. Disponível em: <https://cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/governanca-federal-na-construcao-da-politica-de-enfrentamento-a-covid19-na-atencao-primaria-a-saude-brasileira/18696>

4. Toniol R, Grossi MP. Cientistas Sociais e o Coronavírus. 1. ed. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha; 2020 [acesso em 2022 jul 22]. Disponível em: <http://anpocs.org/index.php/ciencias-sociais/destaques/2458-livro-cientistas-sociais-e-o-coronavirus-ebook-download-gratuito>
5. World Health Organization. Health topics - Social determinants of health; Geneva: WHO; 2023 [acesso em 2023 mai 13]. Disponível em: https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
6. Souza MN. O Programa Saúde da Família como estratégia de enfrentamento da Covid-19 na periferia de Curitiba. Em: Toniol R, Grossi MP. Cientistas Sociais e o Coronavírus. 1. ed. São Paulo: ANPOCS; Florianópolis: Tribo da Ilha; 2020 [acesso em 2022 jul 22]; p. 454–9. Disponível em: <http://anpocs.org/index.php/ciencias-sociais/destaques/2458-livro-cientistas-sociais-e-o-coronavirus-ebook-download-gratuito>.
7. Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2004 [acesso em 2023 mai 16];20:S190–8. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/PkyrsjDrZWwzzPVJJPbbXtQ/>
8. Cabral ALLV, Martinez-Hemáez A, Andrade ELG, et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. Ciênc. Saúde Colet. 2011 [acesso em 2022 jun 2];16(11):4433–42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=pt&tlng=pt
9. Alves PCB, Souza IMA. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. Em: Experiência de Doença e Narrativa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999 [acesso em 2022 jun 2]. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/pz254/pdf/rabelo-9788575412664-06.pdf>
10. Gerhardt TE, Pinheiro R, Ruiz ENF, et al (org.). Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ – ABRASCO; 2016 [acesso em 2022 jun 4]. Disponível em: www.lappis.org.br
11. Silva LF da, Cursino EG, Brandão E da S, et al. The path from suspicion to diagnosis of people with Covid-19. Rev Gaucha Enferm. 2021 [acesso em 2022 jun 7];42(spe):e20200282. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472021000200421&tlng=en

12. Silva LF da, Cursino EG, Brandão E da S, et al. The therapeutic itinerary of health workers diagnosed with COVID-19. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2021 [acesso em 2022 jun 7];29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692021000100315&tlng=en
13. Paula HC de, Daher DV, Koopmans FF, et al. Sem isolamento: etnografia de pessoas em situação de rua na pandemia de COVID-19. *Rev Bras Enferm*. 2020 [acesso em 2022 jul 16];73:e20200489. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/KWMynKfjZFGHqFDvjPJQqTz/?lang=pt>
14. Ribeiro AA, Rossi LA. Pandemia covid-19 e motivações para procura pelo Sistema Único de Saúde em aldeias indígenas. *Rev Bras Enferm*. 2020 [acesso em 2022 jul 16];73:e20200312. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/reben/a/DMbdsPn9ZqG6HR7vx8hcz5C/?lang=pt>
15. Cualhete DN, Santos-Moura GH dos, Castro-Silva CR de. Os itinerários terapêuticos de populações vulneráveis na Covid-19: uma revisão de escopo. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2022 [acesso em 2022 ago 26];26. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/icse/a/Tx7sGcYTmRbYG9tmfD3ysMK/?lang=pt>
16. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades - Distrito Federal. 2021 [acesso em 2023 mai 10]. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama>
17. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Plano Distrital de Saúde 2020-2023. Brasília: SES-DF; 2019 [acesso em 2022 dez 8]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/plano-distrital-de-saude>
18. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Carta de Serviços ao Cidadão [Internet]. Brasília: SES-DF; 2022 [acesso em 2022 dez 8]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/imprima-sua-carta-de-servicos>
19. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Boletins Epidemiológicos da Subsecretaria de Vigilância Sanitária do DF - Divep/SVS. Brasília: SES-DF; 2022 [acesso em 2023 mai 14]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/boletinsinformativos-divep-cieves>
20. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (v9). Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2022 dez 11]. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095920/20200504-protocolomanejo-ver09.pdf>
21. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Nota Técnica 01/2020 SES/SAIS/COAPS - COVID-19 Versão 4 – 03/09/2020 Diretrizes de Apoio Clínico e Organizacional para a APS no enfrentamento à COVID-19. Brasília: SES-DF; 2020 [acesso em 2022 dez 8]. Disponível em:

https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1264413/NOTA_TECNICA_COVID_APS_V4_atualiza_0209.pdf

22. Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2020 [acesso em 2022 dez 11]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manejo_clinico_covid-19_atencao_especializada.pdf
24. Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Orientações para Referência de Urgências originadas da Atenção Primária à Saúde (APS) e a Regulação do Atendimento Pré-Hospitalar Secundário no âmbito do SAMU e das Regiões. Brasília: SES-DF; 2020 [acesso em 2022 dez 8]; Disponível em: https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1264413/SEI_GDF-42769596-Circular-COAPS-SAMU-1.pdf
25. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied Logistic Regression. 1.ed. New York: Wiley; 1989.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Painel Coronavírus Brasil. Brasília: Datasus; 2022 [acesso em 2022 jun 5]. Disponível em: <https://covid.saude.gov.br/>
27. Fiocruz. Boletim Especial Observatório Covid-19: Balanço de dois anos da pandemia Covid-19 - Janeiro de 2020 a janeiro de 2022 [Internet]. 2022 [citado 27 de março de 2023]. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/observatorio-covid-19>
28. Prado PR, Gimenes FRE, Lima MVM, et al. Fatores de risco para óbito por COVID-19 no Acre, 2020: coorte retrospectiva. Epidemiol. Serv. Saúde (Online). 2021 [acesso em 2023 mar 27];30(3):e2020676. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ress/a/5t7R7sXN5wdLYYVvkJkLBxf/?lang=pt>
29. Demétrio F, Santana ER de, Pereira-Santos M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. Saúde debate. 2019 [acesso em 2022 jun 2];43(spe7):204–21. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042019001200204&lng=pt
30. Lima BC, Silva LF, Góes FGB, et al. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com câncer: dificuldades encontradas neste percurso. Rev Gaucha Enferm. 2018 [acesso em 2022 jun 7];39(0). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472018000100455&lng=pt&lng=pt
31. Siqueira SMC, Jesus VS de, Camargo CL de. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. Ciênc. Saúde Colet. 2016 [acesso em 2022 jun 7];21(1):179–89. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100179&lng=pt&tlng=pt

32. Bosaipo DS, Lamy ZC, Oliveira PS, et al. Itinerário terapêutico de crianças com microcefalia pelo vírus Zika. *Ciênc. Saúde Colet.* 2021 [acesso em 2022 jun 7];26(6):2271–80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232021000602271&tlng=pt
33. Silva VR, Pacheco ES, Cardoso OO, et al. Tendência temporal das taxas de incidência e de mortalidade por COVID-19 e sua relação com indicadores socioeconômicos no Piauí: estudo ecológico, 2020-2021. *Epidemiol. Serv. Saúde (Online)*. 2022 [acesso em 2023 mar 27];31(2):e20211150. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ress/a/6zpZTM6xjkJ3YMbZgDXtDTH/?lang=pt>
34. Mascarello KC, Vieira ACBC, Souza ASS, et al. Hospitalização e morte por COVID-19 e sua relação com determinantes sociais da saúde e morbidades no Espírito Santo: um estudo transversal. *Epidemiol. Serv. Saúde (Online)*. 2021 [acesso em 2023 mar 27];30(3):e2020919. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/ress/a/vwnZ8DMcbGxJghC5CbTnZ8b/?lang=pt>
35. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [acesso em 2023 mai 13]. 1–554 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf
36. Rocha R, Atun R, Massuda A, et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *Lancet Glob. Health*. 2021 [acesso em 2023 abr 1];9(6):e782–92. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S2214109X21000814/fulltext>
37. Lima LD, Pereira AMM, Machado CV. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cad. Saúde Pública*. 2020 [acesso em 2023 abr 1];36(7):e00185220. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/csp/a/HSHgX3v5bnW5pqqLpHrzg8m/>
38. Alamilla SG, Cano MA. COVID-19 and Adverse Social Determinants of Health. *Behavioral Medicine*. 2022 [acesso em 2023 abr 1];48(2):67-71. Disponível em: <https://doi.org/10.1080/08964289.2022.2027859>.
39. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento; Fundação João Pinheiro. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. 2021 [acesso em 2023 mai 16]. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/ranking>
40. Conselho de Desenvolvimento Econômico, Sustentável e Estratégico do Distrito Federal. *Panorama do desenvolvimento do DF - 2022*. Brasília: Codese/DF; 2022 maio [acesso em 2023 mar 27]. Disponível em: http://codesedf.org.br/codese_df_livro_diagnostico_df_2022.pdf

41. Langdon EJ, Wiik FB. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. Rev Lat Am Enfermagem. 2010 [acesso em 2022 jul 13];18(3):459–66. Disponível em: <http://www.scielo.br/j/rlae/a/5RwbrHQkrZ4X7KxNrhwvjTB/?lang=pt>
42. Baqui P, Bica I, Marra V, et al. Ethnic and regional variations in hospital mortality from COVID-19 in Brazil: a cross-sectional observational study. Lancet Glob. Health. 2020 [acesso em 2023 abr 3];8(8):e1018–26. Disponível em: <http://www.thelancet.com/article/S2214109X20302850/fulltext>

5.2 PRODUTO TÉCNICO

Tipo: Relatório Técnico Conclusivo

Título: Relatório de Pesquisa – Itinerários terapêuticos de pacientes com covid-19 grave no Distrito Federal

Objetivos:

- Apresentar os principais resultados da pesquisa intitulada "Itinerários terapêuticos de pacientes hospitalizados por covid-19: estudo de caso em um hospital público do Distrito Federal", desenvolvida no âmbito no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissionalizante, da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB).
- Traduzir o conhecimento gerado na pesquisa para uma linguagem clara e acessível, visando à disseminação dos resultados e discussões entre estudantes, profissionais, gestores, formuladores de políticas, formadores de opinião e usuários do SUS.

Método:

- a) Seleção do conteúdo do artigo científico que seria incluído no relatório e adequação da linguagem do texto, considerando os objetivos e o público de interesse do produto;
- b) Criação de gráficos, diagramação e edição do conteúdo selecionado por meio da ferramenta de design online e gratuita Canva (<https://www.canva.com/>);
- c) Publicação do relatório em formato PDF e em link para compartilhamento do produto em canais digitais.

Resultado:

RELATÓRIO DE PESQUISA

**Itinerários terapêuticos de pacientes
com covid-19 grave no Distrito Federal**

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
SAÚDE COLETIVA (PPGSC/MP)
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Brasília-DF, Junho de 2023

Itinerários terapêuticos de pacientes com covid-19 grave no Distrito Federal

Relatório Técnico Conclusivo de Projeto de Pesquisa Acadêmica

Organização:

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissionalizante (PPGSC/MP), Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília

Elaboração:

Samira Virginia de França – Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB/Ebserh)
Prof. Dr. Éverton Luis Pereira – Universidade de Brasília

Revisão:

Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira – Universidade Federal de São Carlos
Profª Dra. Daphne Rattner – Universidade de Brasília

Dissertação vinculada:

"Itinerários terapêuticos de pacientes hospitalizados por covid-19: estudo de caso em um hospital público do Distrito Federal".

Linha de Pesquisa: Saúde, Cultura e Cidadania.

Data da defesa: 23/06/2023.

Pesquisa integrante do projeto "Síndromes Respiratórias Graves no Distrito Federal", aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina da UnB, sob o parecer nº 4.112.214.



CONTATO
Samira Virginia de França
[linkedin.com/in/samirafranca](https://www.linkedin.com/in/samirafranca)
samiravf@gmail.com

SUMÁRIO

- 01** Apresentação
- 02** Sobre a pesquisa
- 03** Perfil dos participantes
- 04** Caminho percorrido
- 05** Acesso aos serviços de saúde
- 06** Conclusão
- 07** Referências

APRESENTAÇÃO

Este relatório técnico conclusivo foi elaborado com o propósito de apresentar os principais resultados de uma pesquisa desenvolvida no âmbito do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Mestrado Profissionalizante da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (UnB).

A pesquisa, intitulada "Itinerários terapêuticos de pacientes hospitalizados por covid-19: estudo de caso em um hospital público do Distrito Federal", teve o objetivo de conhecer as trajetórias de pessoas com Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) na procura por cuidados no Sistema Único de Saúde (SUS), entre maio/2020 e dezembro/2021.

O itinerário terapêutico é definido como o caminho percorrido por um indivíduo e sua rede de apoio na busca pela recuperação da saúde, que acontece tanto dentro quanto fora do sistema profissional. Os estudos sobre essa temática são úteis para identificar as diferentes formas de cuidado que pessoas e grupos sociais adotam em situações de adoecimento, além de compreender quais são os fatores cognitivos, culturais e sociais que influenciam esse processo (ALVES; SOUZA, 1999; CABRAL et al., 2011; GERHARDT et al., 2016).

A pandemia de covid-19 evidenciou a força dos determinantes sociais da saúde e mostrou que sistemas em todo o mundo precisam de estratégias que ajudem a garantir cada vez mais equidade e eficiência no atendimento às necessidades da população. Ao revelar como se deu o acesso aos serviços do SUS durante a busca pelo tratamento da covid-19 grave, esperamos que este relatório possa subsidiar o planejamento de ações e políticas públicas de saúde mais efetivas, especialmente nas situações de emergência sanitária.

É importante ressaltar que as informações apresentadas aqui são apenas um resumo e podem não ser generalizáveis para cenários distintos do estudado, principalmente se considerarmos os efeitos que a diversidade cultural e as desigualdades regionais, sociais e políticas do nosso país exercem sobre as experiências relacionadas à saúde.

A apresentação completa do referencial teórico, metodologia, resultados e conclusões da pesquisa pode ser consultada na dissertação que deu origem a este relatório, disponível no [repositório institucional da UnB](#).

SOBRE A PESQUISA

O que

Estudo de caso integrado, descritivo e exploratório (YIN, 2015), desenvolvido a partir de dados primários e secundários coletados por pesquisadores da UnB em um estudo observacional.

Quem

O caso analisado foi um grupo de 233 pacientes adultos hospitalizados com Síndrome Respiratória Aguda Grave – SRAG causada pela covid-19.

Onde

Hospital Universitário de Brasília (HUB-UnB).

Quando

Entre maio de 2020 e dezembro de 2021.

Como

- Descrição e análise estatística de informações clínicas, demográficas e do caminho percorrido no sistema de saúde, desde o início dos sintomas até o desfecho da hospitalização (alta, transferência ou óbito), para identificar associações entre as características dos participantes e o processo de acesso aos serviços de saúde.
- Georreferenciamento e análise espacial dos locais de residência dos participantes e dos serviços por onde cada um passou, para cálculo das distâncias médias e construção de mapas de sua trajetória pela Rede de Atenção à Saúde do DF.
- Análise de documentos publicados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado de Saúde (SES-DF), para verificar se o acesso dos pacientes ocorreu de acordo com os protocolos e orientações oficiais.
- Interpretação dos resultados a partir de teorias e conceitos da Saúde Coletiva e da Antropologia da Saúde.



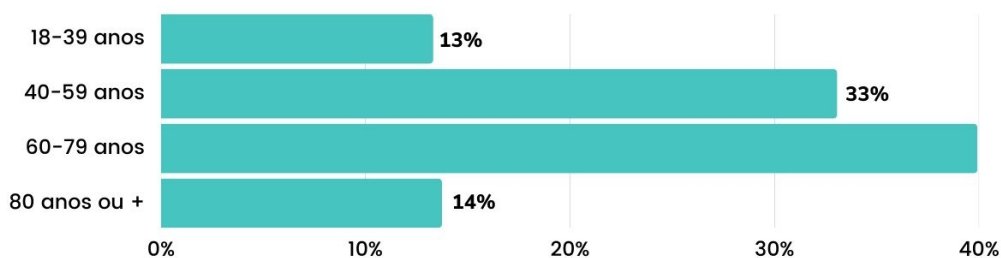
PERFIL DOS PARTICIPANTES

Do total de 233 pacientes, a maioria eram homens, pretos ou pardos, aposentados, com mais de 60 anos de idade, nível de escolaridade baixo, renda mensal média de até 2 salários mínimos e que moravam em imóvel próprio, com 1 ou, no máximo, 3 pessoas.

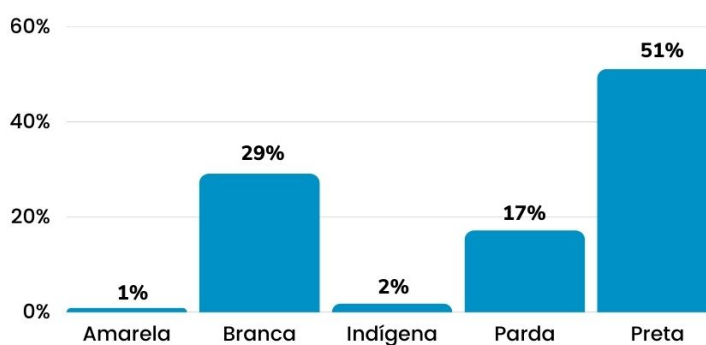
Sexo



Idade

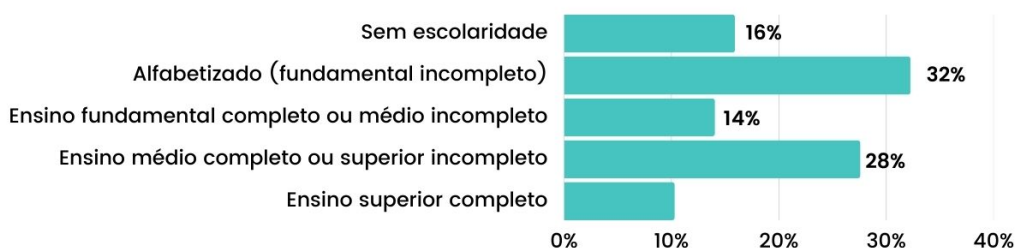


Raça/cor

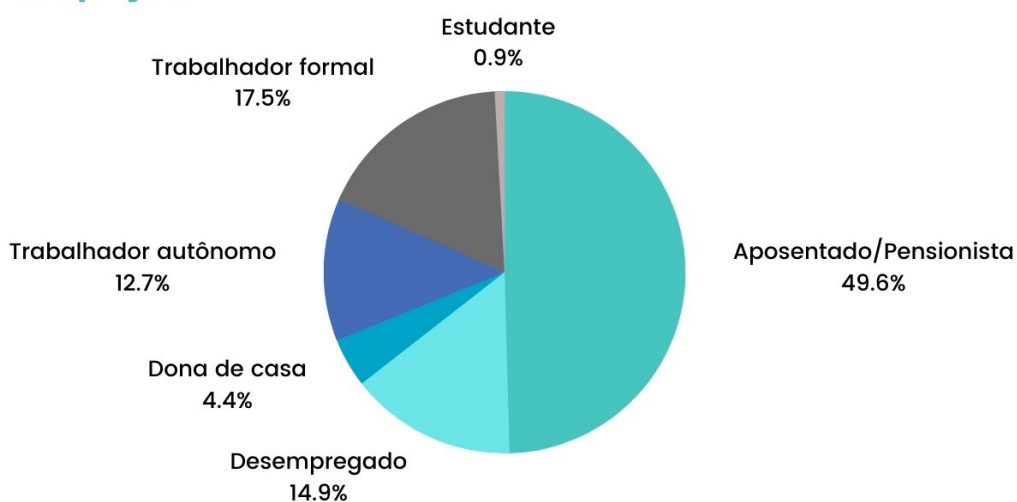


PERFIL DOS PARTICIPANTES

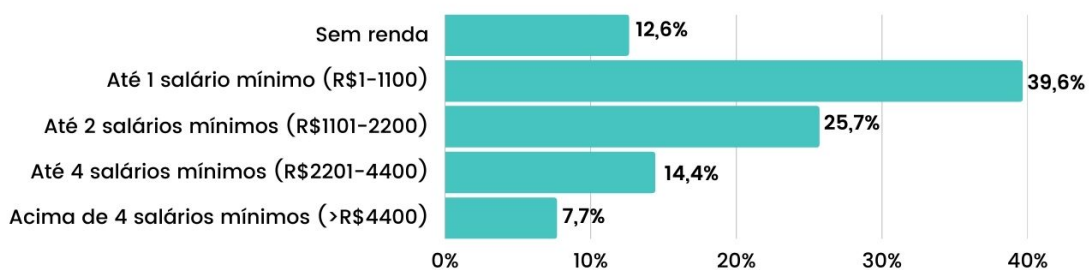
Escolaridade



Ocupação

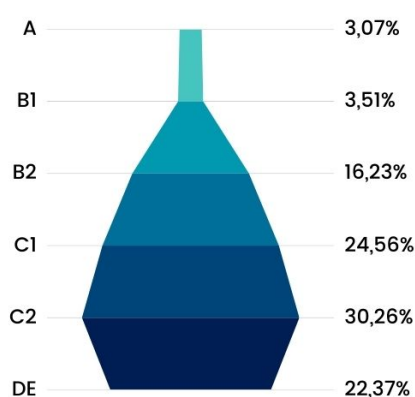


Renda média mensal

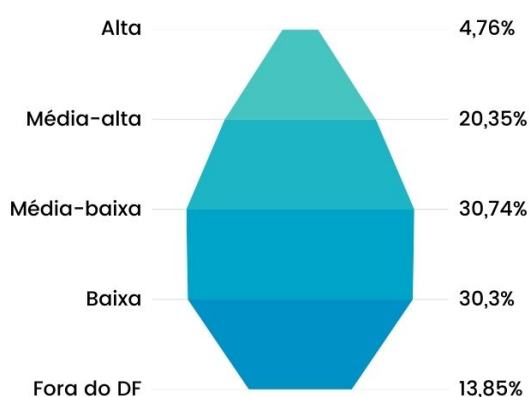


PERFIL DOS PARTICIPANTES

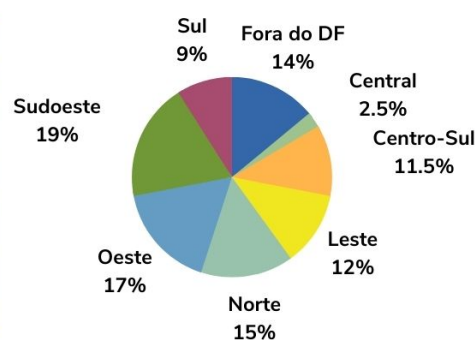
Classe econômica¹



Nível de renda domiciliar da região onde mora²



Região de saúde da residência

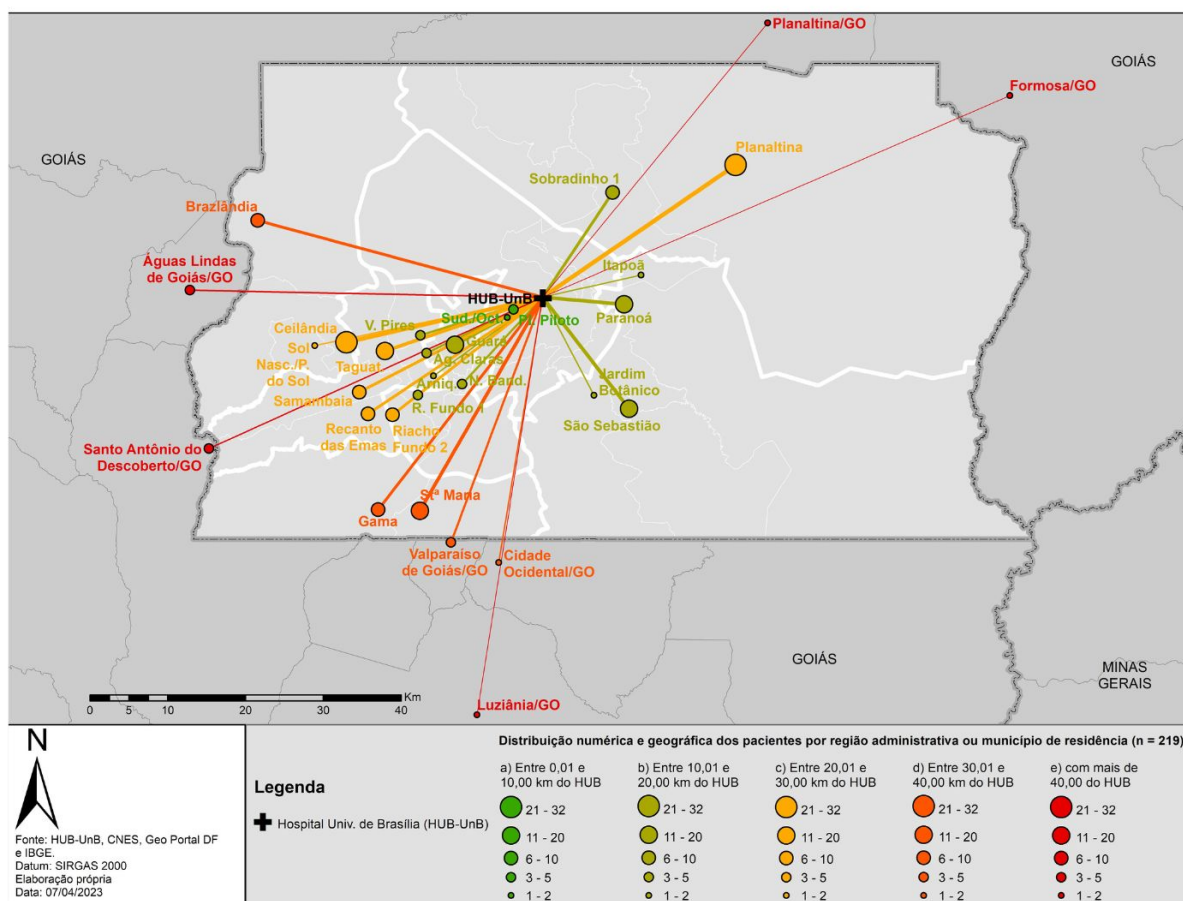


¹ A faixa de renda domiciliar média das regiões administrativas foi calculada com base nos critérios da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD contínua de 2020, do IBGE (SACCHET DE CARVALHO, 2021), onde: Renda muito baixa: menor que R\$1.650,50/mês; Renda baixa: entre R\$1.650,50 e R\$2.471,09; Renda média-baixa: entre R\$2.471,09 e R\$4.127,41; Renda média: entre R\$4.127,41 e R\$8.254,83; Renda média-alta: entre R\$8.254,83 e R\$16.509,66; e Renda alta: maior que R\$16.509,66.

² A classe econômica foi definida com base no Critério Brasil, que engloba diversos dados sobre condições de renda, sociais e de moradia (ABEP, 2022).

PERFIL DOS PARTICIPANTES

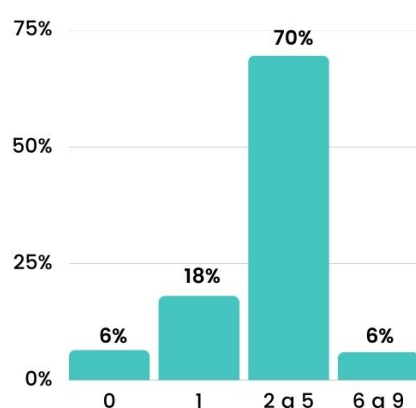
Distribuição geográfica do total de participantes por região administrativa ou município de residência



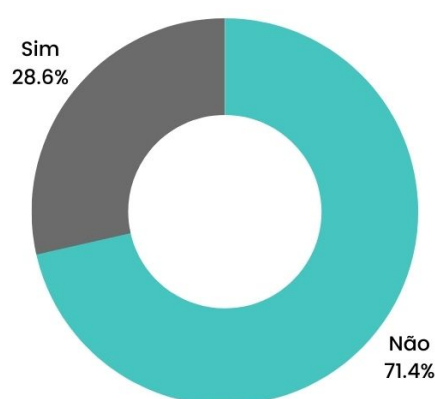
*Para o georreferenciamento dos endereços de residência e dos trajetos realizados foram considerados somente os participantes que tinham informação de endereço completa e moravam dentro dos limites da Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno – RIDE (n = 219).

PERFIL DOS PARTICIPANTES

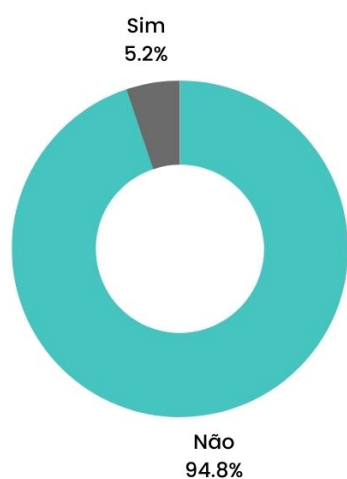
Comorbidades prévias



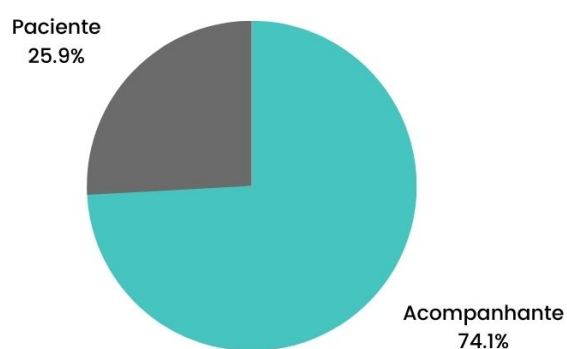
Internação no último ano



Possui plano de saúde



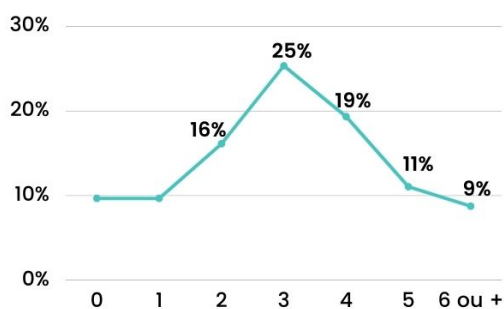
Quem foi o respondente da pesquisa



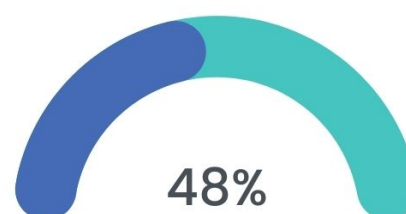
CAMINHO PERCORRIDO

Características do processo de adoecimento e acesso aos serviços de saúde, desde o início dos sintomas de covid-19 até o desfecho da hospitalização no HUB-UnB.

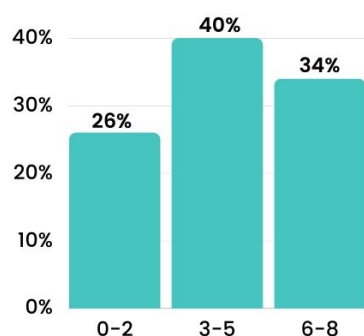
Total de sintomas iniciais



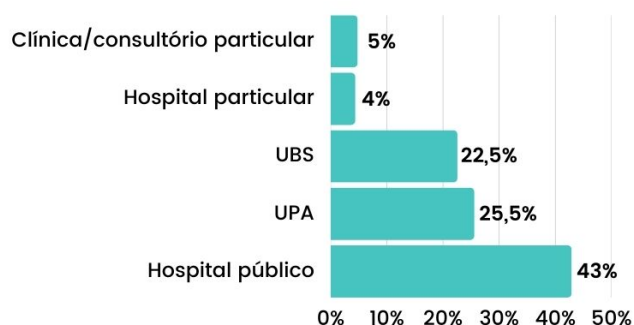
Tinha falta de ar



Quantos dias com sintomas até buscar atendimento

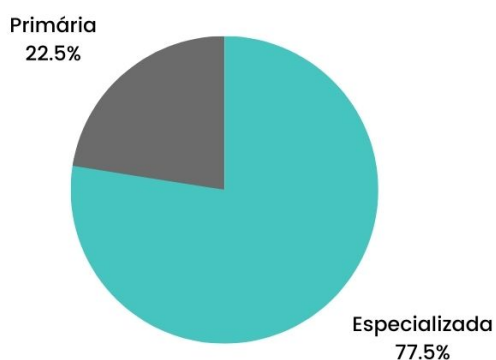


Onde buscou 1º atendimento

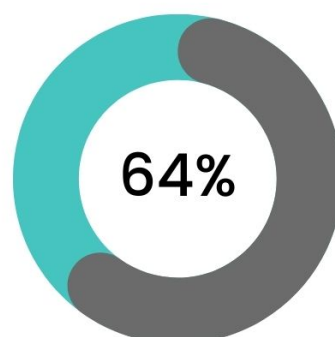


CAMINHO PERCORRIDO

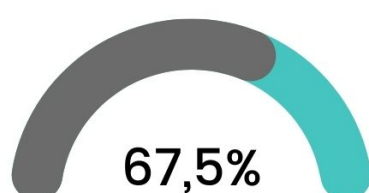
Nível de atenção do 1º serviço buscado*



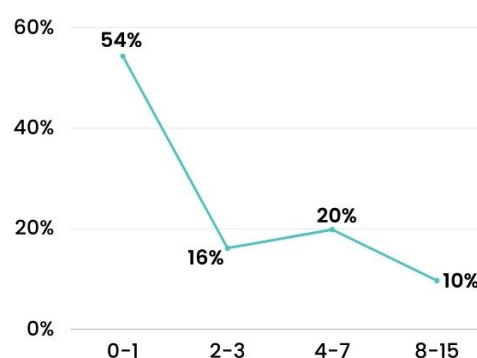
1º serviço buscado era próximo da residência



Foi atendido no 1º serviço buscado



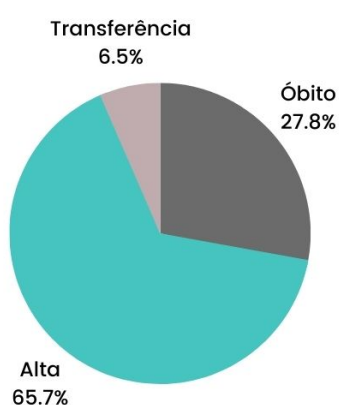
Quantos dias do 1º atendimento até ser internado



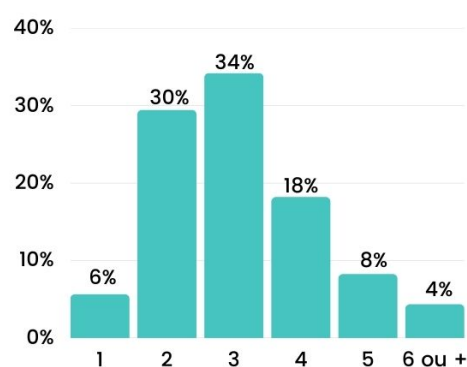
*Para categorização dos serviços de saúde pelo nível de atenção, considerou-se as UBS como Atenção Primária e os demais (UPAs, hospitais públicos ou particulares, consultórios ou clínicas particulares) como Atenção Especializada.

CAMINHO PERCORRIDO

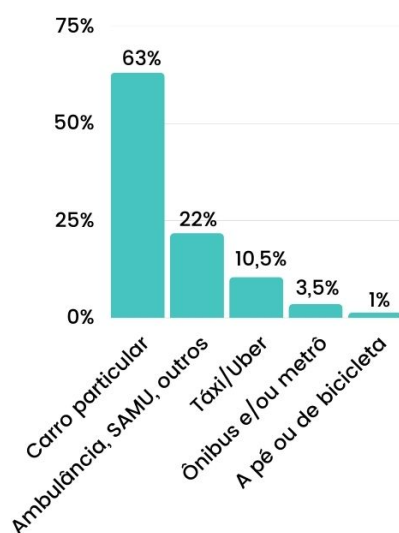
Desfecho final



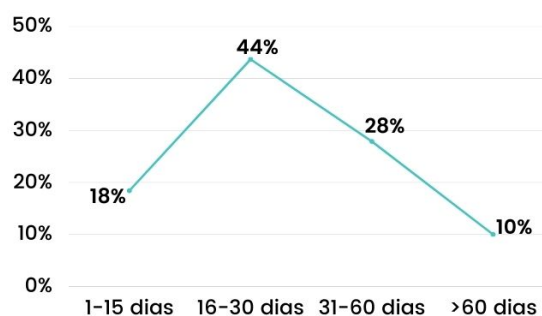
Total de serviços de saúde por onde passou



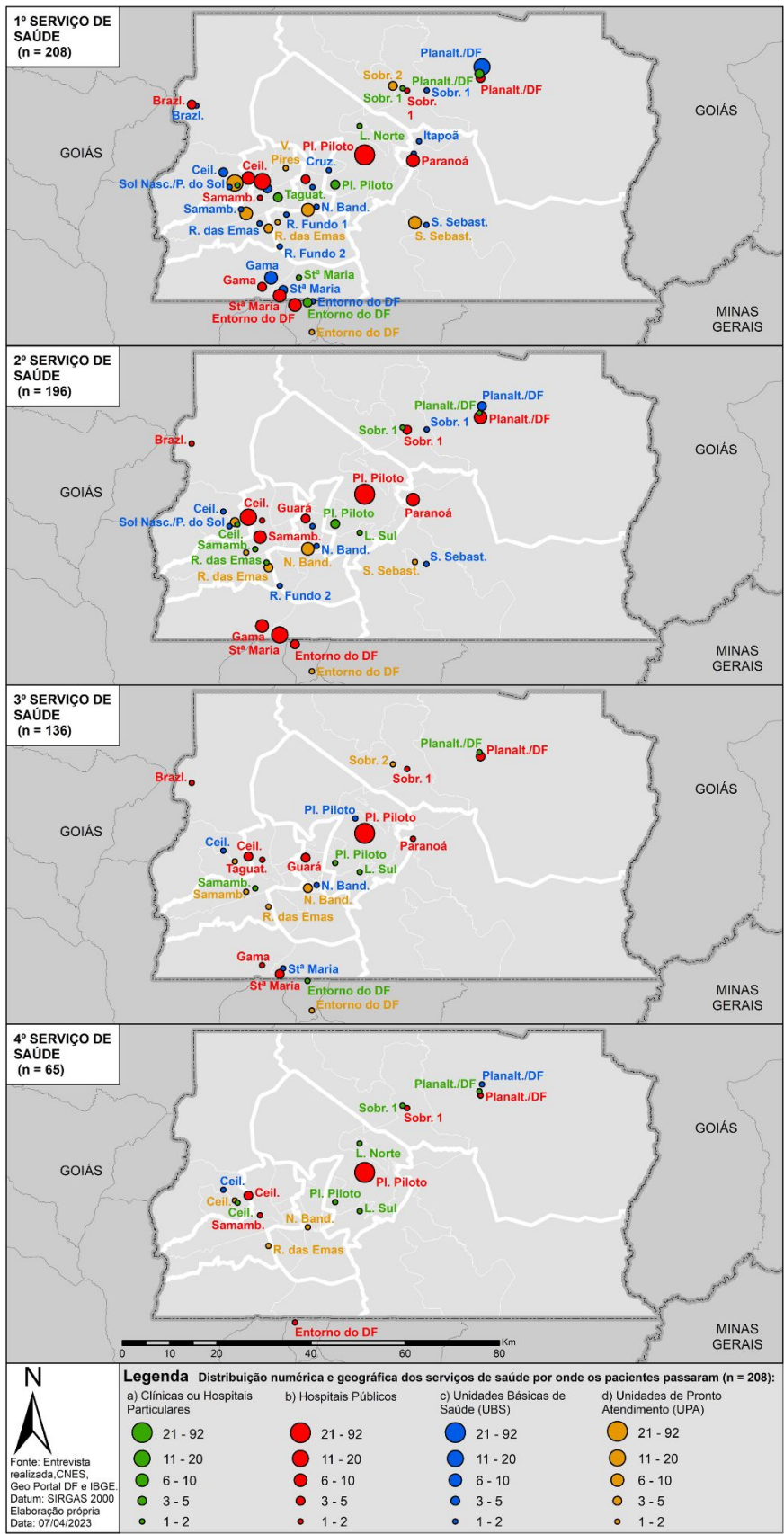
Tipo de transporte mais utilizado



Tempo total do itinerário (síntomas até desfecho)



Distribuição geográfica dos serviços de saúde por onde os participantes passaram, por tipo



ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Fatores determinantes para a procura do 1º atendimento na atenção especializada*

01

Ocupação

A probabilidade de buscar a atenção especializada foi 48% maior entre aposentados ou pensionistas e 40% maior entre trabalhadores formais, quando comparados com pessoas desempregadas.

02

Classe econômica

Pessoas da classe A e com renda mais alta foram as que mais iniciaram sua jornada na atenção especializada. Não houve diferenças significativas entre as classes B, C e DE, embora pessoas que vivem em regiões de baixa renda tenham sido as que mais procuraram a atenção primária.

03

Região de saúde da residência

Os residentes da Região de Saúde Oeste do DF (Brazlândia e Ceilândia) tiveram mais probabilidade de procurar atendimento na atenção especializada (67% maior que os da Norte). Em seguida vieram os de fora do DF (58%) e das Regiões Leste (52%), Central e Centro-Sul (51%) e Sudoeste (51%). As Regiões de Saúde Norte (Planaltina, Sobradinho e Fercal) e Sul (Gama e Santa Maria) foram as que mais buscaram a atenção primária.

04

Nível de escolaridade

Pacientes sem escolaridade ou com ensino fundamental foram os que mais buscaram a atenção especializada para o primeiro atendimento, com prevalência 16% maior que aqueles que tinham ensino médio ou superior. Isso pode estar relacionado ao fato de metade dos participantes serem idosos.

*Com base nas razões de prevalência ajustadas, conforme modelo de regressão de Poisson com variância robusta, das variáveis: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, ocupação, região de saúde da residência, classe econômica, nível de renda domiciliar média da região administrativa onde mora, comorbidades prévias, quantidade de sintomas iniciais, e sintoma inicial "falta de ar".



ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Fatores determinantes para a facilidade de acesso

(ser atendido no 1º local procurado e ter passado por, no máximo, três serviços)

01

Tipo de local onde buscou 1º atendimento

Buscar o primeiro atendimento em uma unidade da atenção especializada aumentou em 135% a probabilidade de ser atendido e passar por menos serviços de saúde, se comparado com quem buscou a atenção primária.

02

Quantidade de sintomas iniciais

Pessoas que apresentavam quantidade de sintomas maior que 4 ao procurar o primeiro atendimento tiveram 36% mais probabilidade de conseguir acesso rápido ao sistema de saúde do que as que tinham menos sintomas.

03

Nível de renda da região onde mora

Quem mais peregrinou pelo sistema de saúde foram as pessoas que moram em regiões com nível de renda domiciliar média-alta. Na outra ponta, os moradores de regiões de renda alta foram os que tiveram mais facilidade de acesso (139% maior), seguidos pelos de renda baixa-média (92%), baixa (90%) e pelos que moravam fora do DF (65%).

DESTAQUES



Ao contrário do que costuma ser evidenciado em pesquisas sobre itinerários terapêuticos no SUS (CABRAL et al., 2011), neste estudo a maioria dos pacientes seguiu os protocolos oficiais de acesso ao sistema de saúde (BRASIL, 2020a; BRASIL, 2020b; SES-DF, 2020) e não precisou peregrinar por vários serviços até ser atendido.



O tipo de serviço onde os participantes buscaram o primeiro atendimento foi o fator mais determinante para a facilidade de acesso ao sistema, sendo que quem procurou a atenção especializada foi atendido mais rápido e passou por menos unidades do que quem buscou a atenção primária.



Pessoas que buscaram o primeiro atendimento próximo à residência e na atenção primária tiveram mais dificuldade de acesso e passaram por mais serviços.



O grupo que mais demorou para conseguir atendimento e passou por mais serviços de saúde foi o de pessoas que moravam em regiões com nível de renda domiciliar média-alta e começaram sua jornada em estabelecimentos privados.



O perfil de risco (maioria pessoas idosas e com múltiplas comorbidades) e gravidade dos casos (quantidade de sintomas e presença de falta de ar) foi o segundo principal fator associado à facilidade de acesso. Isso mostra que, de modo geral, o sistema de saúde cumpriu o que estava estabelecido nos protocolos, garantindo acesso para os públicos considerados prioritários.



O contexto socioeconômico (nível de renda domiciliar média da região de residência) e as disparidades na disponibilidade/oferta de serviços entre as regiões de saúde foram fatores determinantes para a decisão dos participantes sobre que tipo de serviço procurar primeiro.



Na Região de Saúde Norte, onde a atenção primária foi mais procurada que nas demais, estão localizadas as RAs de Planaltina e Fercal, que apresentam os piores indicadores de desenvolvimento do DF: menor renda per capita; maior percentual de pessoas em domicílios sem acesso a saneamento básico; e maior percentual de trabalhadores informais (CODESE/DF, 2022). Nessa região, a cobertura de serviços da atenção primária é maior do que da atenção especializada.



Os moradores da Região de Saúde Oeste foram os que mais buscaram o primeiro atendimento na atenção especializada. Ela abrange a região administrativa de maior densidade demográfica do DF – Ceilândia, com maior disponibilidade de serviços especializados.



Na busca por protocolos e orientações sobre o funcionamento dos serviços de saúde durante 2020 e 2021, observou-se um "apagão" de informações no portal do Ministério da Saúde, inclusive com remoção de páginas e documentos publicados anteriormente, mostrando como o posicionamento político-ideológico do governo pode afetar questões práticas e relevantes para a gestão da crise sanitária, como a efetividade e transparência da comunicação de riscos.

CONCLUSÃO

A pesquisa apresentada neste relatório mostra que, de modo geral, a população atendida com covid-19 grave no HUB-UnB seguiu as recomendações oficiais durante o processo de busca por cuidados e que a Rede de Atenção à Saúde do DF atendeu esses pacientes com agilidade, conforme previsto nos protocolos de manejo da doença.

É importante considerar que, por uma questão histórica e estrutural, o SUS ainda é mais preparado para lidar com os eventos agudos de saúde, que exigem respostas episódicas e reativas no nível hospitalar, do que com as condições crônicas não agudizadas, em que são necessárias ações contínuas, proativas e integradas (MENDES, 2011). Isso pode justificar por que o acesso tende a ser melhor e mais rápido em situações de emergência.

Por mais que os resultados estatísticos não possam ser generalizáveis para outros contextos, eles reforçam o pressuposto teórico de que pacientes que pertencem a classes, regiões ou comunidades diferentes não têm os mesmos comportamentos e pensamentos em relação à experiência de adoecimento (LANGDON; WIIK, 2010). Portanto, as ações de prevenção e combate à covid-19 e outras emergências sanitárias devem considerar não apenas fatores biológicos, mas também as desigualdades socioeconômicas que afetam os grupos sociais de formas distintas (ROCHA et al., 2021).

Uma limitação que deve ser destacada é que a pesquisa se restringiu aos caminhos e decisões tomadas pelos participantes no âmbito do sistema formal de saúde. Isso impossibilitou a investigação de aspectos culturais, como a religião, por exemplo, e de outras formas de cuidado envolvidas no processo de recuperação, que começam antes e vão muito além das experiências vivenciadas nos serviços de saúde (MENÉNDEZ, 2003). Portanto, é importante que novas pesquisas sobre itinerários terapêuticos em situações de emergência sanitária busquem aprofundar a análise de aspectos culturais e dos demais modelos e práticas de cuidado envolvidos no processo de saúde/adoecimento.

Ainda que a Organização Mundial da Saúde (OMS) tenha declarado, em maio de 2022, o fim da emergência global causada pela covid-19, as mudanças provocadas pela pandemia seguirão influenciando os modos de viver, se relacionar, sentir e interpretar o mundo. Em um país tão grande, diverso e desigual como o Brasil, a coordenação de políticas públicas integradas entre os entes e esferas do governo é fundamental para garantir uma resposta efetiva do Estado às necessidades de saúde das populações (LIMA; PEREIRA; MACHADO, 2020).

REFERÊNCIAS

ABEP, A. B. DE E. DE P. Critério Brasil 2022. Disponível em: <<https://www.abep.org/criterio-brasil>>. Acesso em: 24 mar. 2023.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. Em: *Experiência de Doença e Narrativa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

BRASIL, M. DA S. DO. Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada. Brasília-DF: [s.n.]. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 7 abr. 2023a.

BRASIL, M. DA S. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (v9). Brasília-DF: [s.n.]. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude/>>. Acesso em: 11 abr. 2023b.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4433–4442, nov. 2011.

CODESE/DF. PANORAMA DO DESENVOLVIMENTO DO DISTRITO FEDERAL. Brasília, DF: [s.n.]. Disponível em: <http://codesedf.org.br/codese_df_livro_diagnostico_df_2022.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2023.

LIMA, L. D.; PEREIRA, A. M. M.; MACHADO, C. V. Crise, condicionantes e desafios de coordenação do Estado federativo brasileiro no contexto da COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, n. 7, p. e00185220, 24 jul. 2020.

GERHARDT, T. E. et al. Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016.

LANGDON, E. J.; WILK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 459–466, 2010.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. 2.ed ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 8, n. 1, p. 185–207, 2003.

ROCHA, R. et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. *The Lancet Global Health*, v. 9, n. 6, p. e782–e792, 1 jun. 2021.

SACCHET DE CARVALHO, S. Retrato dos rendimentos e horas trabalhadas durante a pandemia – Resultados da PNAD Contínua em 2020. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <<https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/>>. Acesso em: 26 mar. 2023.

SES-DF, S. DE E. DE S. DO D. F. Nota Técnica No 01/2020 SES/SAIS/COAPS – COVID-19 Versão 4 – 03/09/2020 Diretrizes de Apoio Clínico e Organizacional para a APS no enfrentamento à COVID-19. Brasília-DF: [s.n.]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1264413/NOTA_TECNICA_COVID_APS_V4_atualiza_0209.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2023.

YIN, R. K. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.



UnB

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Poucas pesquisas que investigaram a covid-19 utilizando dados epidemiológicos se propuseram a ir além da perspectiva biomédica e abordar os efeitos dos determinantes sociais da saúde sobre as experiências de adoecimento vivenciadas na pandemia, principalmente em países economicamente menos desenvolvidos, como o Brasil. Estudos sobre itinerários terapêuticos de pacientes acometidos pela doença são ainda mais escassos.

Partindo desta lacuna, este trabalho demonstra sua relevância ao descrever e explorar as características dos itinerários terapêuticos percorridos por pacientes que tiveram de lidar com a forma mais grave da covid-19 em um contexto brasileiro. A expectativa é que os produtos gerados possam fomentar debates interdisciplinares para uma compreensão mais profunda do processo de acesso aos cuidados em saúde por diferentes indivíduos e grupos sociais nas situações de emergência sanitária.

Cabe ressaltar que este estudo focou nos aspectos do itinerário cujo controle foi predominantemente determinado pelo paciente, como o momento e o tipo de serviço em que cada um buscou atenção. Portanto, não foram analisadas questões relacionadas às decisões tomadas pelos profissionais de saúde após a entrada dos participantes nos serviços. Da mesma forma, não houve a pretensão de abordar associações entre o itinerário terapêutico e os resultados de saúde alcançados, uma vez que os desfechos da hospitalização dependem de diversos outros fatores que não puderam ser investigados, como a qualidade do atendimento, a tempestividade e eficiência das alternativas terapêuticas utilizadas, dentre outras particularidades que caracterizaram a trajetória de cada participante. Travassos & Martins (2004) alertam que, apesar da tendência mais recente de avaliar o acesso com base em resultados, é importante que se faça uma distinção entre acesso e uso/continuidade/efetividade dos serviços de saúde, considerando que cada um desses processos possui modelos explicativos próprios. Por isso optou-se por excluir das análises a variável relacionada à satisfação dos participantes sobre o atendimento recebido.

A principal limitação desta pesquisa é que ela se restringiu aos caminhos e decisões tomadas pelos pacientes no âmbito do sistema profissional, sem considerar os outros tipos de cuidado articulados no processo de saúde/adoecimento, que começam antes e vão muito além das experiências vividas nos serviços de saúde. O

fato de a coleta dos dados ter sido feita por outro grupo de pesquisadores e antes de uma revisão de literatura mais aprofundada sobre o conceito de itinerário terapêutico foi determinante para essa limitação. As questões levantadas no estudo observacional focavam no “percurso terapêutico” pelo sistema de saúde, de modo que as técnicas de coleta utilizadas não foram capazes de elucidar aspectos mais subjetivos relacionados ao contexto sociocultural dos participantes e à autoatenção. Inicialmente, havia a intenção de realizar uma nova rodada de coleta de dados, por meio de entrevistas etnográficas com alguns participantes, para aprofundar a compreensão dos dados da coorte e discutir, inclusive, os significados e sentidos atribuídos pelos participantes à doença e ao itinerário terapêutico, indo além de uma perspectiva biomédica. Mas as limitações de tempo impostas pela própria dinâmica de adaptação do mestrado à pandemia impediram a execução desta etapa.

As dificuldades enfrentadas por causa da incompletude ou inconsistência dos dados utilizados reforçam a importância do rigor na escolha, elaboração, teste e aplicação dos instrumentos de coleta de uma pesquisa para garantir a confiabilidade das informações. Em nível de gestão, também é necessário pensar em estratégias para aprimorar a alimentação e integração dos sistemas de informação nos estabelecimentos do SUS. Para além dos dados biomédicos, o prontuário eletrônico do paciente deve conter registros estruturados e confiáveis, que possibilitem a identificação do contexto individual, socioeconômico e cultural, das preferências e modelos de cuidado adotados e das trajetórias percorridas por cada indivíduo na busca pela saúde.

O itinerário terapêutico é um fenômeno influenciado pela maneira como ele é construído, vivido, percebido e definido pelas pessoas envolvidas nesse processo. A escolha por um caminho teórico-metodológico com triangulação de evidências quantitativas e qualitativas foi extremamente importante para a tentativa de levar em conta a influência desses fatores, ao mesmo tempo em que se apresentou como uma tarefa bastante complexa e desafiadora. Embora esta pesquisa tenha buscado analisar os dados brutos de um estudo observacional a partir de uma lógica multidisciplinar e interpretativa, baseada em conhecimentos da antropologia da saúde e da saúde coletiva, há que se reconhecer que a histórica barreira de “subalternidade” das ciências sociais em relação aos métodos epidemiológicos pode ter limitado a interpretação e apresentação dos achados.

Fica, portanto, o desafio de desenvolver novas pesquisas que sejam capazes de gerar conhecimentos verdadeiramente interdisciplinares e aprofundados acerca dos itinerários terapêuticos na covid-19, a partir de uma articulação dialógica, não-hierarquizada e efetiva de saberes da saúde coletiva, da epidemiologia e das ciências sociais. Os resultados e discussões de estudos dessa natureza poderão auxiliar gestores, profissionais e usuários do SUS no complexo desafio de organizar serviços e políticas de saúde que respondam efetivamente às necessidades e especificidades da população brasileira.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista Políticas & Trabalho**, v. 42, p. 29–43, 22 out. 2015.

ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. Escolha e Avaliação de Tratamento para Problemas de Saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico. Em: **Experiência de Doença e Narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

BARAN, F. D. P. et al. Therapeutic itinerary revealed by the family members of individuals with mesothelioma: multiple case studies. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, 2019.

BARROS, A. J. D.; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: An empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Medical Research Methodology**, v. 3, n. 1, p. 1–13, 20 out. 2003.

BAXTER, P.; JACK, S. Qualitative Case Study Methodology: Study Design and Implementation for Novice Researchers. **The Qualitative Report**, 14 jan. 2015.

BESUD, S.; WEBER, F. **Guia para a pesquisa de campo: Produzir e analisar dados etnográficos**. 1. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2007.

BIROLI, F. A tragédia brasileira. Em: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. (Eds.). **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo / Florianópolis: ANPOCS / Tribo da Ilha, 2020. p. 230–233.

BOSAIPO, D. S. et al. Itinerário terapêutico de crianças com microcefalia pelo vírus Zika. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 6, p. 2271–2280, jun. 2021.

BRANDÃO, C. C.; MENDONÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F. Governança federal na construção da política de enfrentamento à covid-19 na atenção primária à saúde brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva [periódico na internet]**, mar. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico da Covid-19 na Atenção Especializada**. Brasília-DF: [s.n.]. Disponível em: <www.saude.gov.br>. Acesso em: 7 abr. 2023a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 - Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 24 abr. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde (v9)**. Brasília-DF: [s.n.]. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude/>>. Acesso em: 11 abr. 2023b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Painel Coronavírus Brasil**. Disponível em: <<https://covid.saude.gov.br/>>. Acesso em: 5 jun. 2022.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 11, p. 4433–4442, nov. 2011.

CAPONI, S. Covid-19 no Brasil: entre o negacionismo e a razão neoliberal. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 209–224, 10 jul. 2020.

CARRARA, S. As Ciências Sociais e a Saúde Coletiva frente à atual epidemia de ignorância, irresponsabilidade e má-fé. Em: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. (Eds.). **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo / Florianópolis: ANPOCS / Tribo da Ilha, 2020. p. 66–68.

CASTRO, L. R.; NOGUEIRA, C. O. COVID-19 e Zika: narrativas epidêmicas, desigualdades sociais e responsabilização individual. Em: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. (Eds.). **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo / Florianópolis: ANPOCS / Tribo da Ilha, 2020. p. 643–647.

CASTRO, M. A. et al. Itinerários terapêuticos de homens acometidos por acidente vascular encefálico. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 10, n. 7, 2016.

CODESE/DF. **Panorama do desenvolvimento do Distrito Federal - 2022**. Brasília, DF: [s.n.]. Disponível em: <http://codesedf.org.br/codese_df_livro_diagnostico_df_2022.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2023.

DEMÉTRIO, F.; SANTANA, E. R. DE; PEREIRA-SANTOS, M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe7, p. 204–221, 2019.

FOLETTTO, E. F. et al. Therapeutic itinerary of colorectal cancer patients treated in the state of Rio Grande do Sul. **Journal of Coloproctology**, v. 36, n. 02, p. 091–096, 17 jun. 2016.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2449–2463, 2006.

GERHARDT, T. E. et al. **Itinerários Terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC / IMS/ UERJ – ABRASCO, 2016.

GERHARDT, T. E.; BURILLE, A.; MÜLLER, T. L. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. Em: PINHEIRO, R. et al. (Eds.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, ABRASCO, 2016. p. 27–97.

GOOD, B. J. The heart of what's the matter The semantics of illness in Iran. **Culture, Medicine and Psychiatry**, v. 1, n. 1, p. 25–58, abr. 1977.

GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **Plano de Mobilização de Leitos COVID-19 do Distrito Federal**. Brasília, DF, set. 2021. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/80151/plano-de-mobilizacao-de-leitos-atualizado-28-10-21.pdf>>. Acesso em: 5 jun. 2022

HOSMER, D. W.; LEMESHOW, S. **Applied Logistic Regression**. 1.ed ed. New York: Wiley, 1989.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA. **Site Institucional do HUB-UnB**. Disponível em: <<https://www.gov.br/ebserh/pt-br/hospitais-universitarios/regiao-centro-oeste/hub-unb/acesso-a-informacao/institucional>>. Acesso em: 6 jun. 2022.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Cidades - Distrito Federal**. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/df/panorama>>. Acesso em: 10 maio. 2023.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry**. Berkeley: University of California Press, 1981. v. 5

KOVACS, M. H. et al. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. **Jornal de Pediatria**, v. 81, p. 251–258, 2005.

LANGDON, E. J. Representações de Doença e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. Em: SANTOS, R. V; COIMBRA JR., C. E. A. (Eds.). **Saúde e Povos Indígenas**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1994. p. 115–142.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 459–466, 2010.

LIMA, B. DA C. DE et al. O itinerário terapêutico de famílias de crianças com câncer: dificuldades encontradas neste percurso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39, n. 0, 22 out. 2018.

LIN, Q. et al. Assessment of Structural Barriers and Racial Group Disparities of COVID-19 Mortality With Spatial Analysis. **JAMA Network Open**, v. 5, n. 3, 2022.

LOPES, I. DA S.; LEAL, D. DE U. Entre a pandemia e o negacionismo: a comunicação de riscos da Covid-19 pelo Ministério da Saúde do Brasil. **Revista Latinoamericana de Comunicación**, p. 261–280, 2020.

MELO, L. S. et al. Itinerário terapêutico de pessoa submetida à revascularização do miocárdio: repercussões para gestão do cuidado. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 19, 31 jul. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2.ed ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENÉNDEZ, E. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 185–207, 2003.

MENÉNDEZ, E. L. Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. **Revista de Antropología Social**, v. 14, p. 33–69, 2005.

MIGUEL, J. Coronavírus, bolsonarismo e a produção da ignorância. Em: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. (Eds.). **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo / Florianópolis: ANPOCS / Tribo da Ilha, 2020. p. 97–101.

MINAYO, M. C. DE S. et al. Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 1, p. 97–107, 2003.

MINAYO, M. C. DE S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 13 nov. 2012.

MUSSI, F. C. et al. Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 3, p. 234–239, jun. 2007.

NAKAMURA, E.; SILVA, C. G. DA. O contexto da pandemia da Covid-19: desigualdades sociais, vulnerabilidade e caminhos possíveis. Em: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. (Eds.). **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo / Florianópolis: ANPOCS / Tribo da Ilha, 2020. p. 160–164.

OPAS, Organização Pan-Americana da Saúde. **Histórico da pandemia de COVID-19 - OPAS/OMS**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19>>. Acesso em: 5 jun. 2022.

ORELLANA, J. D. Y. et al. Excesso de mortes durante a pandemia de COVID-19: subnotificação e desigualdades regionais no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 1, p. e00259120, 5 fev. 2021.

PAIVA, M.; JURUÁ, M. Campo de pesquisa sobre o Sistema Único de Saúde: notas sobre as competências científicas instaladas no Brasil. Em: GROSSI, M. P.;

TONIOL, R. (Eds.). **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo / Florianópolis: ANPOCS / Tribo da Ilha, 2020. p. 392–395.

PAULA, H. C. DE et al. Sem isolamento: etnografia de pessoas em situação de rua na pandemia de COVID-19. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20200489, 13 nov. 2020.

PEREIRA, D. N. **Itinerários Terapêuticos entre Pacientes do Hospital de Base (DF)**. Dissertação de Mestrado—Brasília: Universidade de Brasília, 8 mar. 2008.

PUTTINI, R. Notas para uma sociologia da saúde brasileira. Em: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. (Eds.). **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo / Florianópolis: ANPOCS / Tribo da Ilha, 2020. p. 58–61.

RIBEIRO, A. A.; ROSSI, L. A. Pandemia covid-19 e motivações para procura pelo Sistema Único de Saúde em aldeias indígenas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, p. e20200312, 26 out. 2020.

ROCHA, R. et al. Effect of socioeconomic inequalities and vulnerabilities on health-system preparedness and response to COVID-19 in Brazil: a comprehensive analysis. **The Lancet Global Health**, v. 9, n. 6, p. e782–e792, 1 jun. 2021.

RODRIGUES, A. C.; LIRA, L. Questões sobre Antropologia e Emergências em Saúde: algumas palavras sobre a experiência do Zika Vírus e a Pandemia da Covid-19. Em: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. (Eds.). **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo / Florianópolis: ANPOCS / Tribo da Ilha, 2020. p. 640–642.

RODRIGUEZ, J. M.; CABEÇA, L. P. F.; MELO, L. DE L. Therapeutic itinerary of families of children with chronic diseases. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, n. 4, 2021.

SEGATA, J. Covid-19: escalas da pandemia e escalas da Antropologia. Em: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. (Eds.). **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo / Florianópolis: ANPOCS / Tribo da Ilha, 2020. p. 46–48.

SES-DF, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Nota Técnica Nº 01/2020 SES/SAIS/COAPS - COVID-19 Versão 4 – 03/09/2020 Diretrizes de Apoio Clínico e Organizacional para a APS no enfrentamento à COVID-19**. Brasília-DF: [s.n.]. Disponível em: <https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/1264413/NOTA_TECNICA_COVID_APS_V4_atualiza_0209.pdf>. Acesso em: 11 abr. 2023.

SES-DF, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Boletins Epidemiológicos da Subsecretaria de Vigilância Sanitária do DF - Divep/SVS**. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/boletinsinformativos-divep-cieves>>. Acesso em: 14 mar. 2023a.

SES-DF, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano Distrital de Saúde 2020-2023**. Brasília, DF, set. 2019. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/plano-distrital-de-saude>>. Acesso em: 5 jun. 2022

SES-DF, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Carta de Serviços ao Cidadão da Secretaria de Saúde do Distrito Federal**. Brasília, DF: [s.n.]. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/imprima-sua-carta-de-servicos>>. Acesso em: 4 jun. 2022b.

SES-DF, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Boletim Informativo - Gripe**. Disponível em: <<https://www.saude.df.gov.br/gripe-1>>. Acesso em: 1 jul. 2023c.

SILVA, L. F. DA et al. The path from suspicion to diagnosis of people with Covid-19. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 42, n. spe, p. e20200282, 2021a.

SILVA, L. F. DA et al. The therapeutic itinerary of health workers diagnosed with COVID-19. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 29, 2021b.

SIQUEIRA, S. M. C.; JESUS, V. S. DE; CAMARGO, C. L. DE. Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 1, p. 179–189, 1 jan. 2016.

SOUZA, M. N. DE. O Programa Saúde da Família como estratégia de enfrentamento da Covid-19 na periferia de Curitiba. Em: GROSSI, M. P.; TONIOL, R. (Eds.). **Cientistas sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo / Florianópolis: ANPOCS / Tribo da Ilha, 2020. p. 454–459.

THE LANCET. COVID-19 in Brazil: “So what?” **The Lancet**, v. 395, n. 10235, p. 1461, 9 maio 2020.

TONIOL, R.; GROSSI, M. P. **Cientistas Sociais e o Coronavírus**. 1. ed. São Paulo / Florianópolis: ANPOCS / Tribo da Ilha, 2020.

TRAVASSOS, C.; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S190–S198, 2004.

TURNER-MUSA, J.; AJAYI, O.; KEMP, L. Examining Social Determinants of Health, Stigma, and COVID-19 Disparities. **Healthcare 2020, Vol. 8, Page 168**, v. 8, n. 2, p. 168, 12 jun. 2020.

WEBER, F. A entrevista, a pesquisa e o íntimo, ou por que censurar seu diário de campo? **Horizontes Antropológicos**, v. 15, n. 32, p. 157–170, dez. 2009.

WHO, W. H. O. **Constitution of the World Health Organization**. Disponível em: <https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-en.pdf#page=6>. Acesso em: 27 maio. 2023.

WHO, W. H. O. **WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard**. Disponível em: <<https://covid19.who.int/>>. Acesso em: 5 jun. 2022.

WHO, W. H. O. **Health topics - Social determinants of health**. Disponível em: <https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1>. Acesso em: 13 maio. 2023.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A – MATRIZ DE EXTRAÇÃO E ANÁLISE DE DADOS DA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

ID	Ano	Nome do periódico	Título	Palavras-chave	Tipo de estudo	Local do estudo	Amostra ou população	Técnicas de coleta	Técnicas de análise	Referencial teórico
1	2005	Jornal de Pediatria	Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro	Acessibilidade, atenção primária, sistema de referência e contra-referência, avaliação em saúde.	Estudo descritivo, transversal	Recife, PE	383 crianças com até 5 anos de idade atendidas em 6 pronto-socorros pediátricos públicos	Entrevistas (questionário com perguntas abertas e fechadas) e revisão de prontuários	Análise de conteúdo temática; Análises estatísticas: medianas com análise de variancia de Kruskal-Wallis e proporções com qui-quadrado	Apenas menciona os subsistemas de Arthur Kleinman, mas sem aprofundar-se
2	2007	Revista da Associação Médica Brasileira	Entraves no acesso à atenção médica: vivências de pessoas com infarto agudo do miocárdio	Infarto do miocárdio. Gestão de qualidade. Educação. Assistência médica. Cuidados de enfermagem.	Estudo descritivo exploratório, com métodos de análise quantitativos e qualitativos	HUPES-UFBA	97 adultos que sofreram IAM com dor que demandou atendimento médico	Entrevistas semiestruturadas	Quali: Teoria Fundamentada em Dados (Grounded Theory); Quanti: números absolutos e percentuais e inferência estatística utilizando-se o Teste Exato de Fisher	Não identificado.
3	2008	(Dissertação)	Itinerários Terapêuticos entre Pacientes do Hospital de Base (DF)	Itinerários Terapêuticos; Hospital de Base; medicina; buscas por tratamento; medicamentos, incertezas	Estudo etnográfico, incluindo entrevistas com pacientes	Brasília, DF	60 narrativas ou histórias de pacientes	Exploração etnográfica e entrevistas com profissionais e pacientes da instituição	Não especificada.	Resgate histórico de diversas teorias e autores, especialmente da antropologia da saúde
4	2011	Ciência & Saúde Coletiva	Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil	-	Revisão da produção científica desenvolvida no Brasil de 1989 a 2008	(UFMG)	11 Estudos sobre itinerários terapêuticos	Busca em base de dados. Descritores: itinerários terapêuticos; itinerários de cuidado; trajetórias terapêuticas; trajetórias de tratamento; trajetória do cuidado; trajetória do paciente; illness itineraries; therapeutic itineraries; antropologia; aceitação pelo paciente de cuidados de saúde; acesso aos serviços de saúde; tomada de decisão	Análise de conteúdo de Bardin	Literatura socioantropológica (Alves e Souza, 1999); Modelos Explicativos e Sistemas de Atenção à Saúde de Arthur Kleinman; Estudos sobre redes sociais e estudos etnográficos
5	2015	Revista de Ciências Sociais	Itinerário terapêutico e os nexos de	Itinerário Terapêutico. Cuidados à saúde. Mundo de práticas. Produção de	Trabalho teórico	Bahia	150 (survey); 20 (entrevistas) moradores de	Etnografia, survey e entrevistas	Não especificada.	Alves, 1999; Gerhardt, 1990; Lawton, 2003;

ID	Ano	Nome do periódico	Título	Palavras-chave	Tipo de estudo	Local do estudo	Amostra ou população	Técnicas de coleta	Técnicas de análise	Referencial teórico
			significados da doença	significados da doença			comunidade pesqueira			Pierret, 2003; Cabral et al., 2011.
6	2016	(Capítulo de livro)	Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro	-	Revisão sistemática da produção científica sobre itinerários terapêuticos	(UFRGS)	77 artigos, 29 teses, 74 dissertações, 43 capítulos de livros e 6 livros	Busca em bases de dados científicos, bancos de dissertações e teses, livros e busca livre	-	Itinerário terapêutico na perspectiva da Socioantropologia
7	2016	Journal of Coloproctology	Itinerário terapêutico de pacientes com câncer colorretal tratados no interior do Rio Grande do Sul	Neoplasias colorretais; Epidemiologia; Estadiamento de neoplasia	Estudo descritivo prospectivo "transversal" (classificação aparentemente equivocada. Características de coorte clínica concorrente)	Santa Cruz do Sul, RS	50 pacientes com câncer colorretal de um hospital oncológico	Entrevistas e análise de prontuários	Estatística descritiva: números absolutos, frequências e médias	Cabral, 2011
8	2016	Ciência & Saúde Coletiva	Itinerário terapêutico em situações de urgência e emergência pediátrica em uma comunidade quilombola	Cuidado da criança, Serviços médicos de emergência, Demanda aos serviços de Saúde	Pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, que teve como suporte teórico o modelo de Sistema de Cuidados à Saúde de Arthur Kleinman	Salvador, BA	12 cuidadoras de crianças de até 12 anos que precisaram de atendimento de urgência/emergência (dezembro/2013 a junho/2014). Amostragem por conveniência e saturação teórica dos dados.	Formulário construído com base no questionário Vigitel; Entrevistas semiestruturadas (roteiro)	Análise de Conteúdo Temática (Bardin, 2010)	Gerhardt, 2006; Alves e Souza, 1999 - conceito de IT; Kleinman, 1978, 1979 - Sistemas de Cuidados à Saúde
9	2016	(Dissertação)	O itinerário terapêutico revelado pelo familiar da pessoa com mesotelioma maligno: estudo de casos múltiplos	Mesotelioma; Atitude frente à saúde; Pacientes; Cuidados de saúde; Família e Enfermagem	Estudo de casos múltiplos, de natureza descritiva e exploratória	Paraná	6 casos de pessoas com mesotelioma que vieram a óbito.	Coleta de dados em prontuário (formulário estruturado) e entrevista com familiares que acompanharam o itinerário terapêutico dos pacientes.	Análise de conteúdo de Bardin	Sistema de Cuidado à Saúde de Arthur Kleinman
10	2018	Revista Gaúcha de Enfermagem	O itinerário terapêutico de famílias de crianças com câncer: dificuldades encontradas neste percurso	Neoplasias. Criança. Diagnóstico precoce. Diagnóstico tardio. Atenção primária à saúde. Enfermagem pediátrica	Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória	Rio de Janeiro	21 familiares de crianças em tratamento oncológico	Entrevistas semiestruturadas	Análise temática (Minayo, 2014)	Modelos explicativos e subsistemas de Arthur Kleinman, com foco no subsistema profissional

ID	Ano	Nome do periódico	Título	Palavras-chave	Tipo de estudo	Local do estudo	Amostra ou população	Técnicas de coleta	Técnicas de análise	Referencial teórico
11	2018	Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences	Therapeutic itinerary: trajectory for resolution of adverse events of patients using warfarin in Southern Brazil	Warfarin/adverse drug. Cohort studies. Health services accessibility. Reaction. Brazil.	Estudo epidemiológico: coorte prospectiva aberta	Ijuí, RS	População: 69 (de 98 elegíveis) pacientes que fazem uso da Varfarina	Coleta de dados secundários (prescrições e prontuários); Entrevistas; exames de sangue	Estatística: frequências, medidas de tendência central e de dispersão. Software: SPSS	Cabral, 2011
12	2018	Revista CEFAC	Acesso e itinerário terapêutico aos serviços de saúde nos casos de óbitos por câncer de boca	Acesso aos Serviços de Saúde; Neoplasias Bucais; Atenção à Saúde	Estudo epidemiológico, transversal, "retrospectivo"	Olinda, PE	População: 18 (de 38 elegíveis) familiares de pessoas que morreram por câncer de boca no período 2012-2013	Coleta de dados secundários (SIM), entrevistas utilizando instrumento de Autopsia Verbal (AV)	Distribuição espacial dos casos e estimador de densidade de Kernel; Teste exato de Fisher e medidas de tendência central e dispersão. Software: Epilinfo, Bioestat e Arcview (análises espaciais)	Travassos, 2004; Cabral, 2011; Pinho, 2012
13	2019	Saúde Debate	O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde	Atitude frente a saúde. Acesso aos serviços de saúde. Sistemas de saúde.	Revisão sistemática e metassíntese da literatura	(Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)	50 estudos qualitativos, de 2008 a 2019 (eram 224 estudos, mas os que eram exclusivamente quantitativos foram excluídos da análise)	Busca em bases de dados científicos. Descritores utilizados: 'itinerários terapêuticos'; 'itinerários de cuidado'; 'trajetórias terapêuticas'; 'trajetórias de tratamento'; 'trajetória do cuidado'; 'trajetória do paciente' e seus equivalentes em inglês e espanhol	Metaestudo; Critical Appraisal Skills Programme (Casp)	Conceito negativo e positivo de saúde
14	2020	Epidemiol. Serv. Saúde	Caracterização dos óbitos e dos itinerários terapêuticos investigados pelo Comitê Municipal de Mortalidade por Aids de Porto Alegre em 2015	HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Mortalidade; Monitoramento Epidemiológico; Epidemiologia Descritiva	Estudo epidemiológico descritivo, com dados secundários	Porto Alegre, RS	113 indivíduos que morreram no município de Porto Alegre em 2015 por causas relacionadas à Aids	Coleta de dados secundários (sistemas de notificação e análise de prontuários) e entrevistas com especialistas	Estatística descritiva: frequências absolutas e relativas, quando apropriado, médias e desvios-padrão ou medianas e intervalos in-terquartílicos. Software: SPSS	Não identificado.
15	2021	Revista Gaúcha de Enfermagem	The path from suspicion to diagnosis of people with Covid-19	Infecções por coronavírus. Pandemias. Acesso aos serviços de saúde. Pacientes	Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória	Rio de Janeiro	65 Adultos com diagnóstico de Covid-19	Formulário semiestruturado, online, divulgado via redes sociais	Análise lexicográfica; IRAMUTEQ, Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e Análise Fatorial de Correspondência (AFC)	Não identificado.

ID	Ano	Nome do periódico	Título	Palavras-chave	Tipo de estudo	Local do estudo	Amostra ou população	Técnicas de coleta	Técnicas de análise	Referencial teórico
16	2021	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Itinerário terapêutico dos profissionais de saúde diagnosticados com COVID-19	Infecções por Coronavírus; Coronavírus; Pandemias; Acesso aos Serviços de Saúde; Acesso Universal aos Serviços de Saúde; Pessoal de Saúde	Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória	Rio de Janeiro	132 Profissionais de saúde diagnosticados com COVID-19, residentes no estado do Rio de Janeiro e atuantes em distintos níveis de atenção e unidades de saúde, públicas e privadas	Formulário semiestruturado, online, divulgado via redes sociais	Análise lexicográfica; IRAMUTEQ, Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e Análise Fatorial de Correspondência (AFC)	Não identificado.
17	2021	Ciência & Saúde Coletiva	Itinerário terapêutico de crianças com microcefalia pelo vírus Zika	Zika vírus, Microcefalia, Itinerário terapêutico	Pesquisa qualitativa do tipo exploratória	São Luís do Maranhão	20 entrevistas com pais e/ou cuidadores de crianças com diagnóstico de microcefalia presumível por Zika	Entrevistas: questionário estruturado com dados quantitativos e roteiro de entrevista semiestruturada	Análise de conteúdo, na modalidade temática (Bardin, 2011)	Alves e Souza, 1999; Kleinman, 1980

Fonte: Autoria própria (2022)

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Síndromes respiratórias graves no Distrito Federal

Pesquisador: Wildo Navegantes de Araujo

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 33555320.1.0000.5558

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília - UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.112.214

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo observacional com componentes descritivo e analítico; e um estudo de avaliação de acurácia dos testes diagnósticos. Os nove componentes de caráter observacional, estreitamente relacionados entre si e serão executados de maneira harmônica e concomitante.

O projeto aborda diversos aspectos da infecção por SARS-CoV-2 para responder perguntas de pesquisa essenciais para melhorar a compreensão

sobre a pandemia de COVID-19, produzindo novo conhecimento para a tomada de decisão pelos gestores do sistema de saúde. Serão desenvolvidos os seguintes componentes: (i) descrição das características epidemiológicas, clínicas, laboratoriais, e radiológicas e custo de doença em pacientes com síndrome respiratória grave por COVID-19, admitidos em ambiente hospitalar; (ii) avaliação da acurácia dos testes rápidos, em fase III; (iii) estudo harmonizado da base de dados obtida no DF com as bases de dados de outros estudos em ambientes hospitalares; e (vii)

descrição do percurso terapêutico para pacientes que foram hospitalizados. Para cada componente são descritos os objetivos e as metodologias específicas que serão aplicadas para alcançá-los.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Descrever e analisar aspectos epidemiológicos, clínicos, laboratoriais e radiológicos envolvidos na história natural da infecção pelo SARS-CoV-2 e

custos hospitalares, e na perspectiva do paciente de Covid-19 internados em unidade hospitalar

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina

Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900

UF: DF **Município:** BRASILIA

Telefone: (61)3107-1918

E-mail: cepfm@unb.br

UNB - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.112.214

do Distrito Federal.

Objetivo Secundário:

1. Realizar estudo de validação de teste rápido para COVID-19 a ser ofertado na rede de diagnóstico do Distrito Federal com amostras provenientes da coorte hospitalar;
2. Descrever características epidemiológicas, clínicas, laboratoriais, e radiológicas e identificar fatores prognósticos nas pessoas com síndromes respiratórias graves, como a síndrome respiratória aguda grave (SRAG) identificadas pela vigilância sentinela de base hospitalar;
3. Descrever e analisar os percursos terapêuticos percorridos por pessoas com síndromes respiratórias graves, como a SRAG, identificadas pela vigilância sentinela de base hospitalar;
4. Descrever e analisar os custos diretos e indiretos relativos à internação de pessoas com síndromes respiratórias graves, como a SRAG, identificadas na vigilância sentinela de base hospitalar.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os pesquisadores consideram riscos mínimos por ocasião da coleta de uma pequena quantidade de sangue venoso e swab nasofaríngeo a fim de detectar a infecção pelo SARS-COV-2 dos indivíduos. As amostras serão coletadas por profissional de saúde capacitado para tais procedimentos.

Os participantes podem sentir algum desconforto durante as coletas de amostras. Este desconforto é temporário e os potenciais efeitos adversos estão limitados a hematomas e dor local. Caso a pesquisa provoque danos aos participantes, será ofertada a devida assistência, de maneira totalmente gratuita, pelo tempo que for preciso. A fim de reduzir os possíveis constrangimentos, todos os entrevistadores serão capacitados quanto aos Procedimentos Operacionais Padrão e como desenvolver as entrevistas, que devem ser realizadas, preferencialmente de maneira individualizadas.

necessidade de assistência esta será garantida de maneira gratuita na rede de assistência à saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os autores consideram que os benefícios deste estudo têm vistas à saúde coletiva, ao permitir a investigação de fatores prognósticos, de prevenção e de risco para a incidência dos desfechos (melhores e piores). Também, a compreensão dos custos hospitalares apoiará o planejamento de recursos necessários para o atendimento de síndrome respiratória

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

**UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA**



Continuação do Parecer: 4.112.214

grave. O conhecimento da magnitude e distribuição da COVID-19 possibilitará a construção de curvas epidemiológicas e, portanto, o planejamento da rede de serviços necessárias para o atendimento de casos nos próximos períodos.

É preciso mencionar que este estudo será realizado em parceria da Universidade de Brasília com a rede SUS do DF, desta forma não pretende priorizar ou melhorar a assistência prestada aos indivíduos que participarão da pesquisa. O acompanhamento dos indivíduos, entretanto, pode permitir a detecção antecipada de qualquer anormalidade, possibilitando a tomada de decisão em tempo mais oportuno.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é relevante e pela metodologia apresentada poderá responder As três hipóteses principais que permeiam a diversidade de componentes abordados no estudo que são:

1. Existem fatores de risco e de prognóstico que se associam aos desfechos clínicos de pacientes que internam por COVID-19, os quais podem ser mensurados e analisados. Alguns desses fatores também afetam o desempenho dos testes diagnósticos, por exemplo, o tempo de evolução da doença, a gravidade clínica, dentre outros.
2. A expressão da doença e a sua transmissão, assim como os seus impactos econômicos variam de acordo com o cenário peculiar das populações afetadas, principalmente aquelas que sofrem maior vulnerabilidade social.
3. A doença COVID19 tem custos elevados que precisam ser mensurados e analisados nos diversos cenários afetados pela pandemia e levando em consideração as perspectivas do sistema de saúde, do indivíduo e da sociedade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O projeto encontra-se bem consubstanciado e de acordo com as normas e resoluções do sistema CEP/Conep: com TCLE adequado, riscos e benefícios, cronograma, critérios de inclusão e exclusão.

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O parecer, do colegiado, é pela aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto apreciado na Reunião Ordinária do CEP-FM-UnB-06/2020. Após apresentação do parecer

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

UNB - FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.112.214

do (a) Relator (a), aberta a discussão para os membros do Colegiado. O projeto foi Aprovado.

De acordo com a Resolução 466/2012-CONEP/CNS, itens X.1. - 3.b. e XI. -2.d, este Comitê chama a atenção da obrigatoriedade de envio do relatório parcial semestral e final do projeto de pesquisa para o CEP -FM, através de Notificações submetidas pela Plataforma Brasil, contados a partir da data de aprovação do protocolo 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_1572363.pdf	14/06/2020 09:40:04		Aceito
Outros	RespostaPendenciasCovidHUB.pdf	14/06/2020 09:39:19	Wildo Navegantes de Araujo	Aceito
Outros	DeclaracaoResponsabilidade.pdf	13/06/2020 17:45:04	Wildo Navegantes de Araujo	Aceito
Declaração de concordância	TermoConcordancia.pdf	13/06/2020 17:41:30	Wildo Navegantes de Araujo	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartaEncaminhamentoHUB.pdf	13/06/2020 17:40:39	Wildo Navegantes de Araujo	Aceito
Outros	EquipePesquisa.pdf	13/06/2020 17:38:10	Wildo Navegantes de Araujo	Aceito
Outros	curriculosEquipe.pdf	13/06/2020 17:36:57	Wildo Navegantes de Araujo	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEs.pdf	13/06/2020 17:35:42	Wildo Navegantes de Araujo	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoHUB.pdf	13/06/2020 17:35:20	Wildo Navegantes de Araujo	Aceito
Brochura Pesquisa	ProjetoHUB.docx	13/06/2020 17:34:33	Wildo Navegantes de Araujo	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRostoDatadaAssinada.pdf	13/06/2020 17:33:06	Wildo Navegantes de Araujo	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	SolicitaParecer.pdf	06/06/2020 21:22:42	Wildo Navegantes de Araujo	Aceito
Outros	CLattes_Wildo.pdf	06/06/2020 21:21:21	Wildo Navegantes de Araujo	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	06/06/2020 21:08:11	Wildo Navegantes de Araujo	Aceito

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

UNB - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA



Continuação do Parecer: 4.112.214

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 25 de Junho de 2020

Assinado por:

Antônio Carlos Rodrigues da Cunha
(Coordenador(a))

Endereço: Universidade de Brasília, Campus Universitário Darcy Ribeiro - Faculdade de Medicina
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1918 **E-mail:** cepfm@unb.br

ANEXO B – COMPROVANTE DE SUBMISSÃO DO ARTIGO

Artigo submetido à Revista Saúde em Debate, em 15/07/2023.

The screenshot shows a web interface for 'Saúde em Debate'. At the top, there's a dark blue header with the journal name and a 'Back to Submissões' link. Below this is a light gray section titled 'Submeter um artigo' with a progress bar showing five steps: 1. Início, 2. Transferência do manuscrito, 3. Inserir metadados, 4. Confirmação (highlighted), and 5. Próximos Passos. The main content area is white and titled 'Submissão completa'. It contains a thank-you message, a section 'O que acontece a seguir?' explaining the next steps, and a list of three links: 'Revisar esta submissão', 'Criar uma nova submissão', and 'Voltar para seu painel'.

Saúde em Debate

— Back to Submissões

Submeter um artigo

1. Início 2. Transferência do manuscrito 3. Inserir metadados 4. Confirmação 5. Próximos Passos

Submissão completa

Obrigado pelo seu interesse em publicar com Saúde em Debate.

O que acontece a seguir?

O periódico foi notificado de sua submissão e uma mensagem de confirmação foi enviada para o seu e-mail cadastrado. Assim que um dos editores revisar sua submissão, ele entrará em contato.

Por enquanto, você pode:

- [Revisar esta submissão](#)
- [Criar uma nova submissão](#)
- [Voltar para seu painel](#)