

AVALIAÇÃO DA REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NA ESPECIALIDADE DE CARDIOLOGIA EM UM AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADES NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Autor: Caroline Aparecida de Sousa Cardoso*; Dra. Sandra Regina Mota Ortiz**

*Enfermeira Especialista em Saúde Pública; Mestranda do Programa de Pós-Graduação Superior em Saúde, da Universidade Municipal de São Caetano do Sul

** Professora Doutora em Fisiologia Humana e Pós-doutorado em Neurociências

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade dos encaminhamentos para a especialidade de Cardiologia em um Ambulatório de Especialidade, considerando o descritivo mínimo do Protocolo de Regulação Ambulatorial em Cardiologia Adulto e avaliar a frequência da contrarreferência desses pacientes. Trata-se de um estudo exploratório transversal descritivo, do tipo quantitativo. Realizou-se um levantamento dos prontuários dos pacientes, advindos das unidades básicas de saúde, das Redes de Atenção à Saúde do extremo Sul do Município de São Paulo, que passaram em consultas na especialidade de cardiologia no período de janeiro a dezembro de 2018. 19% dos indivíduos que foram agendados não compareceram as consultas. Após a avaliação de 1653 guias de referência e contrarreferência foi possível identificar que 100% das guias foram preenchidas de forma inadequada pela atenção primária à saúde e a frequência da contrarreferência dos pacientes foi de aproximadamente 15%, portanto o número de altas da especialidade de cardiologia é baixo o que promove um impacto na fila para o especialista, isso ocorre pela falta de comunicação eficaz na Rede de Atenção à Saúde, dificultando a coordenação do cuidado pela atenção primária à saúde. A Hipertensão Arterial Sistêmica é a principal patologia mais encaminhada, com o maior número de pessoas na faixa etária acima dos 60 anos. Este projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul tendo como instituição coparticipante a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e uma Organização Social, e é redigido conforme os padrões estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional da Saúde número 466 de 2012.

Palavras-chave: Rede de Atenção à Saúde. Atenção secundária. Referência e contrarreferência. Cardiologia. Gestão da Clínica.

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por uma quantidade significativa de mortes no mundo, as crescentes prevalências provêm de um processo de mudanças demográficas, epidemiológicas e nutricionais. No Brasil, o desenvolvimento urbano associado ao aumento da expectativa de vida, a redução da taxa de natalidade e o avanço do consumo de produtos nocivos para a saúde, tais como: tabaco, álcool e alimentos industrializados, resultou no aumento das DCNT responsáveis por 74% dos óbitos em 2012 ¹¹. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) são consideradas DCNT as doenças respiratórias crônicas, cerebrovasculares, cardiovasculares, neoplasias e a diabetes mellitus ¹⁰.

As doenças cardiovasculares, dentre as DCNT, são as que mais oneram o Sistema Único de Saúde (SUS), para as pessoas ocasionam perda da qualidade de vida, geram danos físicos, sociais e financeiros ^{8,15}.

O diagnóstico precoce e a garantia de assistência são premissas para se alcançar resultados apropriados, quando fala-se em DCNT, principalmente a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus; sendo a Atenção Primária a Saúde (APS) responsável pela assistência integral e, se necessário, pelo encaminhamento desses doentes para um centro especializado, além da coordenação do cuidado ⁴.

A APS é o primeiro nível de atenção com alta resolutividade dos problemas mais comuns de saúde, além de coordenar o cuidado em todos os outros pontos de atenção, de uma população definida geograficamente ³.

Já a atenção secundária é caracterizada como serviços especializados com densidade tecnológica intermediária e marcado por diferentes desafios, dentre eles, o relacionado ao encaminhamento da APS, pois o paciente chega com uma guia de referência e contrarreferência sem que haja comunicação com o médico encaminhador, fazendo com que o médico especialista mantenha o acompanhamento dos pacientes que deveriam ser acompanhados pela APS, gerando filas de esperas para as especialidades, dificultando o vínculo e a coordenação do cuidado pela APS ^{1,6,18}.

Um sistema de referência e contrarreferência ineficiente dificulta a avaliação longitudinal do indivíduo, prejudicando a adesão ao tratamento, além de, aumentar os gastos na saúde, pois cria encaminhamentos desnecessários e repetição de tratamento ¹⁵.

Portanto este estudo tem por objetivo geral, avaliar a eficácia dos encaminhamentos para a especialidade de Cardiologia no Ambulatório de Especialidades (AE), considerando o descritivo mínimo do Protocolos de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto /Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Telessaúde RS. Porto Alegre: UFRGS, 2017 e a frequência da contrarreferência dos pacientes que iniciaram o acompanhamento com o cardiologista, no período de janeiro a dezembro de 2018.

MÉTODOS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Municipal de São Caetano do Sul antes de ser iniciada, tendo como instituições coparticipantes a Uma Organização Social (OS) e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

Este trabalho trata-se de um estudo quantitativo, exploratório transversal descritivo, realizado em um Ambulatório de Especialidades (AE), localizado no extremo sul do Município de São

Paulo, está sob gestão de uma OS, faz parte de duas RAS, que chamou-se para fins desse trabalho de CS e P e é referência para os serviços de: cardiologia, Oftalmologia, otorrinolaringologia, dermatologia, hansenologia, linha de cuidados de sobrepeso e obesidade, núcleo de saúde auditiva, deficiência visual, e referência para a RAS CS no que diz respeito ao CEO (Centro de Especialidades Odontológicas). Esse ambulatório disponibiliza vagas de primeira vez, nas especialidades que lhe compete, através do SIGA (Sistema Integrado de Gestão de Atendimento), para todas as Unidades Básicas de Saúde (UBS) do território de CS e P.

Para este trabalho realizou-se um levantamento dos prontuários dos pacientes, advindos das UBS, das RAS de CS e P, que passaram em consultas de primeira vez, na especialidade de cardiologia no AE, no período de janeiro a dezembro de 2018. Foram avaliadas as guias de referência e contrarreferência, para a especialidade de cardiologia e, identificado no prontuário se o paciente recebeu alta da especialidade. Foram excluídos todos os prontuários, das consultas de primeira vez que não possuíam a guia de referência e contrarreferência, uma vez que estes casos não foram encaminhados por um médico, pois é característica do território a discussão de casos específicos que resultam em solicitações de avaliações médicas realizadas por outros profissionais de saúde.

O responsável pela OS no território, assinou o Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados, assumindo o sigilo dos dados coletados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para este trabalho foram avaliadas 1653 guias de referência e contrarreferência de pacientes que adentram ao AE no ano de 2018, na especialidade de cardiologia.

O protocolo de Regulação Ambulatorial: Cardiologia Adulto da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, é um instrumento que seleciona as doenças mais prevalentes para as especialidades, que no caso desse trabalho, trata-se da cardiologia. São seis doenças mais prevalentes para a especialidade de cardiologia: cardiopatia Isquêmica; insuficiência cardíaca (IC); arritmias; síncope ou perda transitória da consciência; hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); valvopatias¹⁴.

Para cada doença existe um descrito mínimo específico que o encaminhamento deve conter e este trabalho só considerou guias preenchidas adequadamente, quando o médico encaminhador preencheu todos os critérios do descritivo mínimo, embora foram selecionadas essas doenças, outras situações clínicas, ou achados na anamnese e/ou exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento¹⁴.

Em relação a cardiologia, especificamente, nos territórios de CS e P, a fila de espera para avaliação do cardiologista era de 468 pessoas, segundo dados coletados no Painel de Monitoramento Regulação, disponibilizado pela OS em novembro de 2019. No AE, segundo dados coletados no SIGA (Sistema Integrado de Gestão de Atendimento), no mesmo período, tinha-se 1540 usuários na fila de espera, para reavaliação com o cardiologista¹⁰.

Após avaliação das agendas dos cardiologistas, através do SIGA foi possível verificar que se ofertou 5892 consultas, das quais 46% foram consultas de primeira vez, disponibilizadas para as RAS de CS e P e 54% foram consultas de retorno, conforme descrito na tabela 1.

Tabela 1 – Número e porcentagem de consultas, de primeira vez e retorno, ofertadas mensalmente no ano de 2018 no AE, na especialidade de cardiologia

Mês /2018	N Consultas ofertadas	N Consultas 1x	% Consultas 1x	N Consultas retorno	% Consultas retorno
Janeiro	296	134	45,3	162	54,7
Fevereiro	503	150	29,8	353	70,2
Março	518	217	41,9	301	58,1
Abril	654	230	35,2	424	64,8
Maiο	564	231	41,0	333	59,0
Junho	510	178	34,9	332	65,1
Julho	360	230	63,9	130	36,1
Agosto	617	396	64,2	221	35,8
Setembro	494	325	65,8	169	34,2
Outubro	587	272	46,3	315	53,7
Novembro	419	179	42,7	240	57,3
Dezembro	370	160	43,2	210	56,8
Total	5892	2702	45,9	3190	54,1

Fonte: Elaborada pela autora

Após avaliação das agendas médicas do ano de 2018, através do SIGA, verificou-se que das 2702 consultas de primeira vez agendadas pela APS no AE foram realizadas 2184, portanto 518 pacientes não compareceram as consultas agendadas, ou seja, em média 19% dos pacientes faltaram as consultas cardiológicas, conforme demonstrado na tabela 2.

Tabela 2 – Número e porcentagem de consultas e faltas nas consultas de primeira vez no AE no ano de 2018

Total de consultas de 1X agendadas	Total de Consultas 1x realizadas	% consultas 1x realizadas	Total de faltas	% de faltas
2702	2184	81	518	19

Fonte: Elaborado pela autora

Das 2184 consultas médicas, de primeira vez, realizadas no AE, na especialidade de cardiologia, foram avaliadas 1653 guias de referência e contrarreferência, pois foram excluídos todos os prontuários que não possuíam a guia de referência e contrarreferência, portanto 76% das consultas no ano de 2018, foram encaminhadas por médicos e 14% foram provenientes de solicitações em discussão de casos.

Na tabela 3 é possível identificar mensalmente a quantidade de guias avaliadas de acordo com a patologia descrita no encaminhamento.

Tabela 3 - Número total de guias de referência e contrarreferência avaliadas mensalmente no AE em 2018 na especialidade de cardiologia

Patologias	jan	fev	mar	abr	maio	jun	jul	ago	set	out	nov	dez	total	%
Arritmia	4	5	27	22	16	19	20	46	52	44	24	13	292	18
Cardiopatias														
Isquêmica	2	1	6	7	4	7	8	11	12	13	8	5	84	5
Hipertensão Arterial Sistêmica	24	14	52	39	34	48	31	95	82	80	58	44	601	36
Insuficiência Cardíaca	11	3	8	12	16	17	10	50	48	40	9	14	238	14
Síncope ou Perda Transitória da Consciência	0	0	0	1	0	2	0	3	1	2	0	0	9	1
Valvopatias	8	1	2	4	8	11	9	8	11	7	5	4	78	5
Patologias não descritas no protocolo	14	5	17	29	20	17	19	67	65	41	28	29	351	21
Total	63	29	112	114	98	121	97	280	271	227	132	109	1653	100

Fonte: Elaborada pela autora

É possível identificar que a hipertensão arterial sistêmica foi responsável por 36% dos encaminhamentos, seguido pela arritmia com 18% e a insuficiência cardíaca com 14%, a cardiopatia isquêmica e as valvopatias por 5%, já a síncope ou perda transitória da consciência são responsáveis por apenas 1% dos encaminhamentos.

É explícito que 21% dos encaminhamentos não dizem respeito as patologias mais prevalentes, segundo o protocolo utilizado para esse estudo, o que não descarta a viabilidade do encaminhamento ao especialista.

Na tabela 4 é possível identificar que na RAS CS em 100% das guias de referência e contrarreferência, os médicos da APS não descreveram todos os critérios do descritivo mínimo, conforme indicado pelo protocolo utilizado nesse estudo, portanto foram consideradas guias inadequadas.

Tabela 4 - Número e porcentagem das guias de referência e contrarreferência, por UBS da RAS CS, que descreveram todos ou alguns dos critérios exigidos no descritivo mínimo que um encaminhamento deve conter

RAS CS	N Total	um ou mais descritivo	%	descritivos completo	%	Adequada
AMA/ UBS IJIQ	71	40	56	0	0	NÃO
AMA/ UBS IJM	36	18	50	0	0	NÃO
AMA/ UBS JCA	105	30	29	0	0	NÃO
UBS APP	5	4	80	0	0	NÃO
UBS ACT	6	3	50	0	0	NÃO
UBS Aut	7	4	57	0	0	NÃO
UBS CC	22	9	41	0	0	NÃO
UBS ChC	92	50	54	0	0	NÃO
UBS CSA	17	6	35	0	0	NÃO
UBS DSC	87	18	21	0	0	NÃO
UBS G	19	14	74	0	0	NÃO
UBS JOG	54	26	48	0	0	NÃO
UBS JC	41	18	44	0	0	NÃO
UBS JE	34	34	100	0	0	NÃO
UBS JNH	37	21	57	0	0	NÃO
UBS JR	96	11	11	0	0	NÃO
UBS JTC	59	28	47	0	0	NÃO
UBS J	21	14	67	0	0	NÃO
UBS PRCI	80	28	35	0	0	NÃO
UBS SE	24	19	79	0	0	NÃO
UBS V	31	21	68	0	0	NÃO
UBS Vel	33	7	21	0	0	NÃO
UBS VN	33	18	55	0	0	NÃO
URSI/EMAD						
RHC/ SAE CD	8	3	38	0	0	NÃO

Fonte: elaborada pela autora

É possível identificar, na tabela 4, que a unidade que mais encaminhou pacientes com as patologias descritas no protocolo foi a UBS JCA, uma unidade mista, ou seja composto por equipes de ESF e por profissionais que compõem uma UBS tradicional, essa é considerada a UBS com maior vulnerabilidade, pois possui um território com um vazio assistencial considerável, com mais de cem mil pessoas cadastradas, apesar disto, apenas 29% dos encaminhamentos continham alguns dos critérios mínimos preenchidos¹⁸.

Da UBS JR foram avaliadas 96 guias, das quais apenas 11% possuíam um ou mais critérios do descritivo mínimo preenchido, essa é uma UBS tradicional que durante o ano de 2018 estava sob gestão direta da Prefeitura Municipal de São Paulo.

É válido destacar que dos 34 pacientes encaminhados pela UBS JE 100% possuíam um ou mais dos critérios mínimos preenchidos.

Ainda na tabela 4, pode-se verificar que os médicos de serviços especializados, como a URSI (Unidade de Referência do Idoso), o RHC (Rede Hora Certa) e o Serviço de Assistência Especializada (SAE) em doenças infectocontagiosas, também encaminharam pacientes para avaliação cardiológica e não preencheram todos os critérios mínimos que um encaminhamento deve conter.

Na tabela 5 pode-se analisar o comportamento das unidades da RAS de P, é possível verificar que 100% dos médicos das UBS de P também não preencheram todos os critérios mínimos que uma guia de referência a contrarreferência deve conter, conferindo-lhes o status de inadequadas.

Tabela 5 - Número e porcentagem das guias de referência e contrarreferência, por UBS da RAS P, que descreveram todos ou alguns dos critérios exigidos no descritivo mínimo que um encaminhamento deve conter

Ras P	N Total	um ou mais descritivo	%	descritivos completo	%	Adequada
AMA/UBS						
IJC	46	17	37	0	0	NÃO
UBS B	11	8	73	0	0	NÃO
UBS CNA	7	4	57	0	0	NÃO
UBS C	6	3	50	0	0	NÃO
UBS DLB	4	1	25	0	0	NÃO
UBS JF	2	2	100	0	0	NÃO
UBS JdE	23	13	57	0	0	NÃO
UBS JI	14	3	21	0	0	NÃO
UBS JSF	12	8	67	0	0	NÃO
UBS JSN	6	3	50	0	0	NÃO
UBS JS	13	6	46	0	0	NÃO
UBS M	3	1	33	0	0	NÃO
UBS P	48	16	33	0	0	NÃO
UBS RCB	13	3	23	0	0	NÃO
UBS VG	31	9	29	0	0	NÃO
UBS VM	7	5	71	0	0	NÃO
UBS VR	9	3	33	0	0	NÃO

Fonte: elabora pela autora

Ao analisar a tabela 5 é possível constatar que, na RAS de P, a UBS que mais encaminhou pacientes para avaliação cardiológica foi a UBS P, que no ano de 2018 era uma UBS tradicional, composta por médicos clínicos, ginecologistas e pediatras, das guias avaliadas apenas 33% continham algum descritivo mínimo que um encaminhamento deve conter preenchidos.

A UBS IJC, que embora leve o nome de UBS Integrada, conta com sua aérea de abrangência 100% coberta por ESF, foi a segunda unidade que mais encaminhou e 37% dos seus médicos preencheram, na guia de referência e contrarreferência, um ou mais critérios mínimos que um encaminhamento deve conter.

Ainda na tabela 5, verifica-se que a UBS JF, foi a que menos solicitou avaliação do especialista em cardiologia e as duas guias avaliadas continham algum critério mínimo preenchido.

Após avaliação das tabelas 4 e 5 é possível afirmar que os médicos encaminhadores não descrevem na guia de referência e contrarreferência minimamente todos critérios que um encaminhamento deve conter, qualificando todas as guias em inadequadas.

As tabelas 6 e 7 apresentam os dados relacionados a descrição da CID e da HD por RAS.

Tabela 6 - Número de encaminhamentos da RAS CS com descrição da CID, HD ou que não preencheram a CID e/ou HD no AE em 2018

Patologia	Total	RAS CS	CID	HD	não preencheu CID e/ou HD
Arritmia	292	240	205	115	6
Cardiopatiasquêmica	84	66	65	21	0
Hipertensão Arterial Sistêmica	601	491	442	261	7
Insuficiência Cardíaca	238	183	165	104	0
Síncope ou Perda Transitória da Consciência	9	6	2	4	2
Valvopatias	78	60	52	30	
TOTAL	1302	1046	931	535	15

Fonte: elaborada pela autora

A tabela 6 mostra que das 1302 guias, encaminhadas em decorrência das patologias descritas no protocolo utilizado como referência, 1046 eram da RAS de CS, das quais 931 continham a CID, 535 a HD e em 15 a patologia foi identificada devido a descrição do motivo do encaminhamento, pois não descreviam a CID ou a HD.

A tabela 7 apresenta os dados referente ao preenchimento da CID e da HD na RAS de P.

Tabela 7 - Número de encaminhamentos da RAS P com descrição da CID, HD ou que não preencheram a CID e/ou HD no AE em 2018

Patologia	Total	RAS P	CID	HD	não preencheu CID e HD
Arritmia	292	52	46	29	1
Cardiopatía Isquêmica	84	18	15	9	0
Hipertensão Arterial Sistêmica	601	110	96	58	0
Insuficiência Cardíaca	238	55	50	24	1
Síncope ou Perda Transitória da Consciência	9	3	3	1	0
Valvopatias	78	18	18	7	1
TOTAL	1302	256	228	128	3

Fonte: elaborada pela autora

Das 1302 guias avaliadas a tabela 8 mostra que, 256 eram da RAS de P, das quais 228 descreviam a indicação da CID, 128 da HD e 3 identificavam a patologia na descrição do motivo do encaminhamento, portanto não continham a descrição da CID ou HD.

Com relação a faixa etária a tabela 8 confirma que 27% dos pacientes encaminhados encontravam-se na faixa do 60 a 69 anos de idade.

Tabela 8 - Número e porcentagem de pacientes encaminhados por patologia e por faixa etária no AE em 2018

PATOLOGIA	FAIXA ETÁRIA														Total
	15 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		> 70		
	total	%	total	%	total	%	total	%	total	%	total	%	total	%	
Arritmia	8	3	15	5	41	14	38	13	61	21	72	25	57	20	292
Cardiopatía Isquêmica	0	0	4	5	3	4	17	20	28	33	18	21	14	17	84
Hipertensão Arterial Sistêmica	2	0	4	1	38	6	81	13	146	24	177	29	153	25	601
Insuficiência Cardíaca	1	0	2	1	11	5	22	9	66	28	72	30	64	27	238
Síncope ou Perda Transitória da Consciência	0	0	0	0	0	0	1	11	2	22	4	44	2	22	9
Valvopatias	8	10	9	12	11	14	7	9	14	18	15	19	14	18	78
TOTAL	19	1	34	3	104	8	166	13	317	24	358	27	304	23	1302

Fonte: elaborada pela autora

Com relação a faixa etária, a tabela 9 confirma que dos 1302 pacientes encaminhados para a especialidade de cardiologia, com patologias descritas no protocolo utilizado, 601 foram por consequência da HAS, desses 29% estavam na faixa etária dos 60 a 69 anos. Avaliando os dados relacionados a arritmia, segunda patologia mais encaminhada 25% estavam na mesma faixa etária, assim como os pacientes portadores de insuficiência cardíaca, terceira patologia mais encaminhada com 30% dos pacientes na faixa etária dos 60 a 69 anos.

Ao relacionar a faixa etária com o sexo é possível afirmar, conforme descrito na tabela 9, que a maioria dos pacientes foram encaminhados devido a HAS, estavam na faixa etária dos 60 a 69 anos e eram do sexo feminino.

Tabela 9 - Número de pacientes encaminhados conforme a patologia, a faixa etária e o sexo no AE em 2018

Patologia	Sexo		Faixa etária														Total
	F	M	15 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		50 a 59		60 a 69		>70		
			F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	
Arritmia	169	123	6	2	10	5	20	21	22	16	39	22	38	34	34	23	292
Cardiopatía isquêmica	36	48	0	0	3	1	1	2	8	9	13	15	7	11	4	10	84
Hipertensão arterial sistêmica	370	231	1	1	1	3	27	11	51	30	96	50	109	68	85	68	601
Insuficiência cardíaca	129	109	0	1	1	1	5	6	9	13	41	25	40	32	33	31	238
Síncope ou Perda Transitória da Consciência	4	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	1	1	1	9
Valvopatias	59	19	5	3	6	3	10	1	6	1	11	3	9	6	12	2	156
Total	767	535	12	7	21	13	63	41	96	70	200	117	206	152	169	135	1302

Fonte: elaborada pela autora

Após avaliação da tabela 9, as três principais patologias mais encaminhadas foram: hipertensão arterial sistêmica, arritmia e insuficiência cardíaca.

Conclui-se ainda que dos 601 pacientes encaminhados por HAS, 109 são do sexo feminino, 68 do sexo masculino e estão na faixa etária dos 60 aos 69 anos.

No geral a predominância é de indivíduos do sexo feminino, porém, ainda na HAS dos quatro pacientes que estão na faixa etária dos 20 aos 29 anos três são do sexo masculino.

Pode-se verificar que na arritmia, esse fenômeno se repete na faixa etária dos 30 aos 39 anos, pois dos 41 indivíduos encaminhados 21 são do sexo masculino; assim como na insuficiência cardíaca, que dos 22 pacientes encaminhados na faixa etária dos 40 aos 49 anos, 13 são do sexo masculino, repetindo-se também na cardiopatía isquêmica em que, dos 17 pacientes encaminhados nove são homens e estão na faixa etária dos 40 aos 49 anos.

No geral, a tabela 10 descreve que dos 1302 pacientes encaminhados, 767 são mulheres e 535 são homens, em virtude disso foram realizadas mais consultas de primeira vez em indivíduos do sexo feminino, no entanto na síncope ou perda transitória da consciência isso se inverte, dos nove pacientes atendidos cinco eram do sexo masculino.

A tabela 10 relaciona a patologia com o número de altas da especialidade de cardiologia no AE nos anos de 2018 e 2019.

Tabela 10 - Número e porcentagem de pacientes que receberam alta da especialidade de cardiologia de acordo com a patologia e o ano no AE

Patologia	Total	Recebeu alta da cardiologia			
		N 2018	% 2018	N 2019	% 2019
Arritmia	292	7	2	34	12
Cardiopatia Isquêmica	84	2	2	12	14
Hipertensão Arterial Sistêmica	601	21	3	85	14
Insuficiência Cardíaca	238	3	1	26	11
Síncope ou Perda Transitória da Consciência	9	0	0	0	0
Valvopatias	78	8	10	5	6
TOTAL	1302	41	3	162	12

Fonte: elaborada pela autora

Os dados da tabela 10 apontam que apenas 3% dos pacientes, encaminhados devido a alguma patologia descrita no protocolo referenciado, que entraram no AE no ano de 2018, receberam alta no mesmo ano e 12% receberam alta para manter seu acompanhamento na UBS de referência no ano de 2019.

Analisando as patologias que mais foram encaminhadas é possível identificar que dos 601 pacientes encaminhados em consequência da hipertensão arterial 21 receberam alta em 2018 e 85 em 2019.

Verifica-se que o número de altas da especialidade foi maior no ano de 2019 comparado ao ano de 2018, porém quando se trata dos pacientes encaminhados devido a síncope os dados coletados mostram que esse número é zero, ou seja, os pacientes continuam em acompanhamento na especialidade de cardiologia.

É possível afirmar que a porcentagem de alta em relação ao número de pacientes que adentram no serviço é baixa.

A tabela 11 condensa a quantidade de guias, oriundas da RAS CS, que não foram avaliadas, pois os pacientes foram encaminhados por patologias que não estão descritas no protocolo utilizado como referência, e a quantidade de alta da especialidade.

Tabela 11 - Número total de guias e quantidade de alta por UBS, que não foram avaliadas por não terem suas patologias descritas no protocolo referenciado da RAS CS

UBS	Total	Alta da especialidade	
		2018	2019
AMA/ UBS IJIQ	14	0	3
AMA/ UBS IJM	2	0	0
AMA/ UBS JCA	18	4	2
UBS APP	2	0	0
UBS ACT	6	0	0
UBS Aut	0	0	0
UBS CC	26	1	2
UBS ChC	21	3	3
UBS CSA	2	0	0
UBS DSC	15	3	1
UBS G	4	0	1
UBS JOG	7	0	1
UBS JC	9	0	2
UBS JE	51	3	10
UBS JNH	12	1	2
UBS JR	2	0	0
UBS JTC	22	0	3
UBS J	7	0	1
UBS PRCI	27	4	3
UBS SE	2	1	1
UBS V	12	0	4
UBS Vel	13	1	0
UBS VN	5	2	0
Rede Hora Certa/ SAE CD/ URSI	4	0	1
Total	283	23	40

Fonte: elaborada pela autora

É possível afirmar que das 1653 guias avaliadas 283 eram originárias das UBS do território de CS, porém não tinham sua CID e/ou HD ou motivo do encaminhamento relacionados as patologias descritas no protocolo usado como referência para esse trabalho, portanto não foi possível classificar o encaminhamento como adequado ou inadequado. É importante ressaltar que a proporção de alta foi de 22%, ou seja, 63 pacientes receberam alta da especialidade entre os anos de 2018 e 2019, comparado com os dados das guias que foram avaliadas é possível identificar que a proporção foi maior.

Na planilha 12 verifica-se os dados referente as guias do território de P que não foram classificadas em adequada ou inadequada, pois assim como em CS, não tinham sua CID e/ou HD ou motivo do encaminhamento relacionados as patologias descritas no protocolo.

Tabela 6- Número total de guias e quantidade de alta por UBS, que não foram avaliadas por não terem suas patologias descritas no protocolo referenciado da RAS P

UBS	Total	Alta da especialidade	
		2018	2019
AMA/UBS IJC	12	0	4
UBS B	2	0	0
UBS CNA	2	0	1
UBS C	0	0	0
UBS DLB	2	0	0
UBS JF	0	0	0
UBS JdE	2	0	0
UBS JI	7	0	2
UBS JSF	2	0	0
UBS JSN	6	0	0
UBS JS	5	0	0
UBS M	2	0	1
UBS P	4	0	1
UBS RCB	6	0	1
UBS VG	14	0	0
UBS VM	2	0	0
UBS VR	0	0	0
Total	68	0	10

Fonte: elaborado pela autora

Na planilha 15 identifica-se que 68 indivíduos da RAS de P, foram encaminhados para a especialidade de cardiologia, porém não tiveram suas guias avaliadas, pois sua CID, HD ou motivo do encaminhamento não estavam relacionadas as patologias descritas no protocolo referenciado. Dos 68 pacientes 15% receberam alta da especialidade no ano de 2019, o que equivale a 10 pacientes, no ano de 2018 não houveram pacientes contra referenciados para atenção primária à saúde.

O AE disponibilizou no ano de 2018 54% de suas consultas para pacientes que já estão em acompanhamento, portanto foram consultas de retorno, confirmando que o acesso aos serviços de atenção secundária tem sido um dos obstáculos para a concretização da integralidade do cuidado no SUS ⁶.

Porém, ainda avaliando os dados coletados, a ampliação do acesso não seria a resolução dos problemas enfrentados pela SUS em relação a atenção especializada, uma vez que o número de alta da especialidade, no geral, foi de 15%, constatando que os especialistas tendem a manter o paciente em acompanhamento no serviço secundário, por falta de contato com os médicos encaminhadores^{1,6,18}.

Os serviços especializados precisam ter atuação regionalizada e descentralizada, com contato com os médicos da APS, realizando matriciamentos e educação permanente mútua, superando o obstáculo da referência e contrarreferência, pois os profissionais especializados e generalistas da APS deixam de trabalhar de forma isolada, conversando e colaborando entre si, prestando uma assistência seguindo o princípio de integralidade garantido pelo SUS¹⁸.

A criação de um programa de apoio matricial, que engloba a capacitação dos médicos na própria unidade básica de saúde, com discussão de casos e atendimentos compartilhados entre o especialista e o médico da equipe de referência, contribui para a redução da fila para o especialista permitindo o acesso de usuários com problemas mais complexos^{1,7}.

Assim sendo, é essencial que a RAS de CS e P construam espaços de matriciamentos e/ou compartilhamento do cuidado entre a APS e a atenção especializada.

Outra evidência demonstrada por esse trabalho está relacionada ao número de faltas nas consultas de primeira vez no ambulatório, 19% dos indivíduos que foram agendados não compareceram as consultas, esse é um problema que implica na questão do acesso ao serviço. Compromete a qualidade que se busca na gestão dos serviços especializados, pois os serviços de saúde são organizados para atender a um determinado número de pacientes objetivando a integralidade do cuidado. A perda da oferta, por falta de atendimento não realizado ocasiona a privação da assistência a outro usuário que necessita de atenção a sua saúde, além de onerar o SUS, devido à ociosidade dos recursos, o alcance da produtividade também é afetado. Como consequência do absenteísmo, em médio prazo, ocorrerá o aumento das filas de espera por consultas especializadas no território².

A questão do absenteísmo é um problema nos serviços especializados e está diretamente ligado ao tempo de espera para realização de consultas e procedimentos na atenção secundária⁷.

Portanto aumentar a oferta no que diz respeito a consultas e procedimentos da atenção especializada, não é a garantia da resolução dos problemas, o maior desafio está na criação de fluxos de referência e contrarreferência, como parte integrante da assistência ao usuário, ou seja, a necessidade de se criar mecanismos de conversas entre os diferentes pontos da RAS.

Das DCNT as doenças cardiovasculares são as mais prevalentes e por este motivo são prioridades na organização de políticas de Saúde Pública.

Com esse trabalho foi possível identificar que houve predominância de encaminhamentos com diagnóstico de HAS, das 1653 guias de encaminhamento avaliadas 601 são por HAS, porém o acompanhamento de pessoas com diagnóstico de HAS deve ser realizado na APS, com apoio da atenção especializada, quando necessário, no que diz respeito ao diagnóstico diferencial e seu manejo clínico.

A HAS é uma doença controlável, ao manter os níveis pressóricos dentro dos limites de normalidades evita-se complicações, mas para isso é imprescindível o cuidado continuado, realizado preferencialmente pelas equipes de atenção básica¹⁷.

É possível indagar, após avaliação das guias, que os médicos da atenção básica não possuem conhecimento das condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para atenção especializada, conforme descrito no protocolo utilizado para esse estudo.

Embora as guias foram preenchidas de forma ineficaz, pois não haviam descrições completas dos descritivos mínimos que um encaminhamento deve conter é sabido que existe uma parcela da população que irá necessitar de atendimento no serviço especializado, portanto é provável que muitos desses pacientes deveriam ser acompanhados por um cardiologista, porém é fato que não há por parte da APS a coordenação do cuidado, uma vez que este trabalho mostra que os especialistas mantêm o paciente no serviço por longos anos.

Ainda sobre as guias, foi possível identificar que 351 pacientes foram encaminhados por doenças que não estão descritas no protocolo utilizado para esse estudo, porém isso não quer dizer que esses pacientes não deveriam ter sido encaminhados, pois o protocolo abrange as doenças mais prevalentes relacionadas a especialidade de cardiologia.

É correto afirmar que houve um aumento da quantidade de pessoas encaminhadas de acordo com o aumento da faixa etária, o que indica que conforme a população envelhece ocorre um acréscimo das doenças cardíacas, comprovando que o envelhecimento tem relação direta com o aumento dessas patologias^{5,13}.

Contudo em relação ao sexo, é possível afirmar que o número de mulheres que passaram em consulta, no AE, em 2018, com o cardiologista foi maior que o número de homens, comprovando o que os homens encontram dificuldades para acessar os serviços de saúde e um dos obstáculos está relacionado ao horário de funcionamento da unidade, o que leva a gestão a pensar na organização do território¹⁰.

Para fins de aprofundar o tema desse estudo, seria relevante entender, através da avaliação do prontuário, quais os pacientes que de fato necessitam estar em acompanhamento no serviço especializado, para propor estratégias de compartilhamento do cuidado entre APS e atenção secundária.

CONCLUSÃO

O presente trabalho atingiu o seu objetivo geral. É possível dizer que não houve encaminhamentos descrito de forma adequada pois em nenhuma guia de referência e contrarreferência o médico encaminhador preencheu todos os descritivos mínimos que um encaminhamento deve conter, conforme direciona o protocolo utilizado para esse estudo.

Todavia é possível evidenciar que a Hipertensão Arterial Sistêmica é a principal patologia mais encaminhada, com o maior número de pessoas na faixa etária acima dos 60 anos.

Com relação ao sexo o número de indivíduos do sexo feminino é maior que do sexo masculino. Destaca-se que o número de altas da especialidade de cardiologia é baixo em torno de aproximadamente 15%, o que promove um impacto nas filas para o especialista, isso ocorre pela falta de comunicação eficaz na Rede de Atenção à Saúde, dificultando a coordenação do cuidado pela APS.

Por conseguinte deve-se discutir como será a organização das RAS de CS e P no que diz respeito à organização dos fluxos de compartilhamento do cuidado entre a APS e a atenção especializada, a fim de prestar uma assistência de forma integral nos diversos níveis de atenção, mantendo a APS como coordenadora desse cuidado.

REFERÊNCIAS

1. BERTUSSI, Débora Cristina et al. A "regulação a quente" e a "atenção especializada viva" como dispositivos de compartilhamento do cuidado em saúde. In: RIO DE JANEIRO. Emerson Elias Merhy. Ministério da Saúde (Org.). **Políticas e Cuidados em Saúde: Avaliação compartilhada do cuidado em saúde surpreendendo o instituído nas redes**. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. p. 357-360.

2. Bittar, O. J. N. V., Magalhães, A., Martines, C. M., Felizola, N. B., & HB, L. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. Absenteeism in outpatient care specialties in São Paulo.
3. BRASIL. MINISTÉRIO SAÚDE – Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.
4. DA SILVA BARRETO, Mayckel et al. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 18, n. 1, p. 325-339, 2015.
5. DA SILVA, João Victor Farias et al. A relação entre o envelhecimento populacional e as doenças crônicas não transmissíveis: sério desafio de saúde pública. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde-UNIT-ALAGOAS**, v. 2, n. 3, p. 91-100, 2015.
6. ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 21, n. spe, p. 131-139, Fev. 2013.
7. Farias, C. M. L., Giovanella, L., Oliveira, A. E., & Santos Neto, E. T. D. (2020). Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde. **Saúde em Debate**, 43, 190-204.
8. HOEPFNER, Clovis et al. Programa de apoio matricial em cardiologia: qualificação e diálogo com profissionais da atenção primária. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, p.1091-1101, 2014.
9. https://www.saudedafamilia.org/transparencia/relatorios_atividades/relatorio_de_atividades_2016.pdf.
10. LEVORATO, Cleice Daiana et al. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1263-1274, 2014.
11. MALTA, Deborah Carvalho et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil-Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, p. 3-16, 2015.
12. MALTA, Deborah Carvalho et al. Avanços do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, p. 373-390, 2016.
13. MASSA, Kaio Henrique Correa; DUARTE, Yeda Aparecida Oliveira; CHIAVEGATTO FILHO, Alexandre Dias Porto. Análise da prevalência de doenças cardiovasculares e fatores associados em idosos, 2000-2010. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 105-114, 2019.
14. PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: **cardiologia adulto**

/Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Telessaúde RS. Porto Alegre: UFRGS, 2017.

15. SANTOS, Miguel de Castro. Sistema de referência-contrarreferência em saúde em São Sebastião da Vitória, distrito de São João Del Rei-MG: o papel da rede na atenção básica. 2015. Trabalho de conclusão de Curso.

16. STEVENS, Bryce et al. Os Custos das Doenças Cardíacas no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 111, n. 1, p. 29-36, 2018.

17. TANAKA Oswaldo Y, et al. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(3):963-972, 2019.

18. TESSER, Charles Dalcanale et al. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. **Ciência & Saúde Coletiva**, Florianópolis, p.941-951, 2017.