

**UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL INOVAÇÃO NO ENSINO
SUPERIOR EM SAÚDE**

Caroline Aparecida de Sousa Cardoso

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

São Paulo - SP

2020

CAROLINE APARECIDA DE SOUSA CARDOSO

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

**Trabalho Final de Curso apresentado ao
Programa de Pós-Graduação Superior em
Saúde, da Universidade Municipal de São
Caetano do Sul como requisito parcial para a
obtenção do título de Mestre em Saúde**

**Área de concentração: Inovações educacionais
em Saúde, orientada pela integralidade do
cuidado**

**Orientadora: Profa. Dra. Sandra Regina Mota
Ortiz**

**São Paulo - SP
2020**

Trabalho Final de Curso defendido e aprovado em 16/03/2020 pela Banca Examinadora constituída pelos professores:

Profa. Dra. Sandra Regina Mota Ortiz (orientadora)

Prof.^a Raquel Siqueira Brasileiro Nato (Universidade Cidade de São Paulo – UNICID)

Prof.^o Eder Viana (Universidade Municipal de São Caetano do Sul – USCS)

FICHA CATALOGRÁFICA

CARDOSO, Caroline Aparecida de Sousa

Avaliação Da Referência E Contrarreferência Na Especialidade De Cardiologia Em Um Ambulatório De Especialidade No Município De São Paulo/ Caroline Aparecida de Sousa – São Paulo - USCS, 2020. 62f.

Orientador: Profa. Dra. Sandra Regina Mota Ortiz

Dissertação (mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Mestrado Profissional Inovações educacionais em Saúde, orientada pela integralidade do cuidado, 2020.

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

Dedico este trabalho à minha família que esteve ao meu lado durante a minha formação.

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus por estar sempre me abençoado e me permitindo grandes realizações, ao meu marido Ricardo e filhos, Felipe e Gabriela pelo amor incondicional e por sempre me apoiarem nesse jornada, aos meus pais, pois se cheguei até aqui foi por me incentivarem a permanecer nessa trajetória educacional, ao Dr. Paulo Capucci por acreditar no meu trabalho e me permitir chegar aqui, aos meus colegas do AE Dr. Milton Aldred pelo apoio e parceria, em especial as colegas Valéria, Sheila e Thaís por me ajudarem nessa jornada que apesar de árdua foi vitoriosa, a todos da equipe e docência da USCS pela bolsa de estudo e apoio na caminhada e por último porém não menos importante, minha querida orientadora Sandra Ortiz que esteve me orientando com tanta competência e dedicação.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade dos encaminhamentos para a especialidade de Cardiologia no Ambulatório de Especialidades Dr. Milton Aldred, comparando com o 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 de Capela do Socorro e Parelheiros, que passaram em consultas na especialidade de cardiologia no período de janeiro a dezembro de 2018. A variável primária está relacionada a avaliação da eficácia do encaminhamento realizado pela atenção primária à saúde e a frequência da contrarreferência dos pacientes. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e apresentadas por meio de gráficos e tabela. 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 nas filas 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 Organização Social Saúde da Família, 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.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the quality of referrals to the Cardiology specialty at the Dr. Milton Aldred Specialty Clinic, comparing it with the Outpatient Regulation Protocol in Adult Cardiology and to evaluate the frequency of counter-referral of these patients. This is a descriptive cross-sectional exploratory study, of a quantitative type. A survey of the medical records of patients from the basic health units, from the Health Care Networks of Capela do Socorro and Parelheiros was carried out, who went to consultations in the specialty of cardiology from January to December 2018. The primary variable it is related to the assessment of the effectiveness of referrals made by primary health care and the frequency of counter-referral by patients. Data analysis was performed using descriptive statistics and presented using graphs and tables. 19% of the individuals who were scheduled did not attend the consultations. After evaluating 1653 reference and counter-reference guides, it was possible to identify that 100% of the guides were inadequately filled out by primary health care and the frequency of counter-referral by patients was approximately 15%, so the number of discharges from the cardiology specialty is low, promotes an impact on the queues for the specialist, this is due to the lack of effective communication in the Health Care Network, hindering the coordination of care by primary health care. Systemic Arterial Hypertension is the main pathology most referred, with the largest number of people in the age group above 60 years. This project was submitted to the Research Ethics Committee of the Municipal University of São Caetano do Sul having as a co-participant institution the Municipal Health Secretariat of São Paulo and the Social Organization of Family Health, and is drafted according to the standards established by the Resolution of the National Council of Health number 466 of 2012.

Keywords: Health Care Networks. Primary health care. Secondary Care. Reference and counter-referenc. Clinical Governance. Cardiology

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Relação entre a fila de espera da RAS Capela do Socorro e Parelheiros e a fila de espera de retorno na especialidade de cardiologia no AE Dr. Milton Aldred em novembro de 2019	24
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Apresentação, conforme a patologia do conteúdo do descritivo mínimo que cada encaminhamento deve conter conforme o protocolo Protocolos de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto / Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 201726

Quadro 2 - Plano de ação para reorganização dos fluxos de encaminhamento para a especialidade de cardiologia nas RAS de Capela do Socorro e Parelheiros.49

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número e porcentagem de consultas, de primeira vez e retorno, ofertadas mensalmente no ano de 2018 no AE Dr. Milton Aldred na especialidade de cardiologia	25
Tabela 2 - Número e porcentagem de consultas e faltas nas consultas de primeira vez no AE Dr. Milton Aldred no ano de 2018	25
Tabela 3 - Número total de guias de referência e contrarreferência avaliadas mensalmente no AE Dr. Milton Aldred em 2018 na especialidade de cardiologia.....	28
Tabela 4 - Número e porcentagem das guias de referência e contrarreferência, por UBS da RAS Capela do Socorro, que descreveram todos ou alguns dos critérios exigidos no descritivo mínimo que um encaminhamento deve conter.....	30
Tabela 5 - Número e porcentagem das guias de referência e contrarreferência, por UBS da RAS Parelheiros, que descreveram todos ou alguns dos critérios exigidos no descritivo mínimo que um encaminhamento deve conter.....	32
Tabela 6 - Número por patologia de encaminhamentos com descrição da CID, HD ou que não preencheram a CID e/ou HD no AE Dr. Milton Aldred em 2018	33
Tabela 7 - Número de encaminhamentos da RAS Capela do Socorro com descrição da CID, HD ou que não preencheram a CID e/ou HD no AE Dr. Milton Aldred em 2018	34
Tabela 8 - Número de encaminhamentos da RAS Parelheiros com descrição da CID, HD ou que não preencheram a CID e/ou HD no AE Dr. Milton Aldred em 2018.....	35
Tabela 9 - Número e porcentagem de pacientes encaminhados por patologia e por faixa etária no AE Dr. Milton Aldred em 2018.....	36
Tabela 10 - Número de pacientes encaminhados conforme a patologia, a faixa etária e o sexo no AE Dr. Milton Aldred em 2018.....	37
Tabela 11 - Número e porcentagem de pacientes que receberam alta da especialidade de cardiologia de acordo com a patologia e o ano no AE Dr. Milton Aldred.....	38
Tabela 12 - Número total de guias avaliadas de acordo com a patologia, o sexo, a descrição da CID e HD e a alta da especialidade de cardiologia no AE Dr. Milton Aldred da RAS Capela do Socorro	39
Tabela 13 - Número total de guias avaliadas de acordo com a patologia, o sexo, a descrição da CID e HD e a alta da especialidade de cardiologia no AE Dr. Milton Aldred da RAS Parelheiros.....	40
Tabela 14 - 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 Capela do Socorro	41

Tabela 15 - 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 Parelheiros42

Tabela 16 - Número de mulheres que foram encaminhadas para o AE Dr. Milton Aldred em 2018, com patologias que não estão descritas no Protocolo de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....43

Tabela 17 - Número de homens que foram encaminhados para o AE Dr. Milton Aldred em 2018, com patologias que não estão descritas no Protocolo de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.....43

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE – Ambulatório de Especialidade
APS - Atenção Primária à Saúde
ASF – Associação Saúde da Família
AMA – Atendimento Médico Ambulatorial
CID - Classificação Internacional de Doenças
CEO – Centro Especializado de Odontologia
DCNT – Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF - Estratégia Saúde da Família
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial da Saúde
OS – Organização Social
RAS – Rede de Atenção à Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
SIGA - Sistema Integrado de Gestão de Atendimento
TCUD – Termo de Consentimento
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul
DA – Distrito Administrativo
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HD – Hipótese Diagnóstica
SAE – Serviço de Atendimento Especializado
URSI – Unidade de Referência de Saúde do Idoso
RHC – Rede Hora Certa
TBL - team based learning
IC – Insuficiência Cardíaca

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1 Contexto	15
2. OBJETIVOS	18
3. PLANO DE TRABALHO E MÉTODOS	19
3.1 Tipo de estudo	19
3.2 Local	19
3.3 Amostra	20
3.3.1 <i>Critério de Inclusão</i>	20
3.3.2 <i>Crítérios de Exclusão</i>	20
3.3.3 <i>Amostragens</i>	20
3.3.4 <i>Termos de Consentimento de Uso de Banco de Dados (TCUD)</i>	20
3.4 Procedimentos	21
3.5 Variáveis	21
3.6 Método estatístico	22
3.6.1 <i>Cálculo do tamanho da amostra</i>	22
3.6.2 <i>Análise estatística</i>	22
3.7 Aspectos éticos	22
3.7.1 <i>Análise dos riscos e benefícios</i>	22
3.7.2 <i>Medidas para minimização dos riscos</i>	22
3.7.3 <i>Medidas para proteção da confidencialidade</i>	23
4. RESULTADOS	24
5. DISCUSSÃO	45
6. PRODUTO ESPERADO	49
7. CONCLUSÃO	51
REFERÊNCIAS	52
ANEXOS I – TCUD	55
ANEXO II – Ficha baseado no: Protocolos de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto / Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. – Porto Alegre: UFRGS, 2017	56

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contexto

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são responsáveis por uma 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 (Malta et al. 2016).

Até o final do ano de 2020 as DCNT serão responsáveis por 78% da carga global de doenças nos países em desenvolvimento; nos Estados Unidos 75% dos gastos são direcionados ao tratamento das DCNT, sendo estas responsáveis por 70% dos óbitos, já na Inglaterra elas são responsáveis por 80% dos atendimentos na atenção primária à saúde (APS) (MENDES 2011).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) são consideradas DCNT as doenças respiratórias crônicas, cerebrovasculares, cardiovasculares, neoplasias e a diabetes mellitus (MALTA et. al. 2015).

Hoepfner et al. (2014), afirmam que das DCNT, as doenças cardiovasculares 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 (STEVENS et al. 2018).

Portanto a prevenção e a melhor gestão da clínica podem resultar em consideráveis benefícios tanto para o paciente quanto para o sistema de saúde (STEVENS et al. 2018).

Mendes (2011) descreve o SUS como um sistema fragmentado que atende as demandas agudas e/ou agudizações das condições crônicas. Essa fragmentação se dá devido a hierarquização do sistema, o que tem dificultado a assistência integral, impedindo o cumprimento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade (Bertussi et al. 2016).

Contudo para melhorar o atual modelo de atenção à saúde, fundamentado em ações curativas centrado no médico, Arruda et al. (2015) referem que o Ministério da Saúde (MS) com o objetivo de qualificar a atenção em saúde traz a ideia de rede de

atenção à saúde (RAS), que corresponde a um conjunto de ações e serviços de saúde, com diferentes características, capaz de garantir a integralidade no cuidado, proporcionando, entre outras coisas, acesso e equidade.

Mendes (2011) descreve a RAS como um novo formato de organização do sistema de saúde, em que as unidades dos diferentes níveis hierárquicos, são integradas e coordenadas pela atenção primária à saúde, com a finalidade de prestar uma assistência contínua e integral a uma população adscrita.

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. Portanto, é de responsabilidade da APS compartilhar o cuidado do usuário com outros pontos da RAS, através do encaminhamento, quando necessário, aos serviços especializados (MS 2010).

A atenção secundária é caracterizada por Erdmann et al. (2013), Tesser (2017) e Bertussi et al.(2016) 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, contrariando o conceito de RAS, 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.

Barreto et al. (2015) corroboram que 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 APS responsável pela assistência integral e, se necessário, pelo encaminhamento desses doentes para um centro especializado, além da coordenação do cuidado.

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 (SANTOS 2015).

Portanto este estudo se justifica, pois para que haja um melhor manejo clínico desses pacientes, mantendo a APS como coordenadora do cuidado, é necessário

conhecer a qualidade dos encaminhamentos, para assim entender e propor medidas que garantam a integralidade do cuidado ao paciente, com equidade, segurança e humanização.

2. OBJETIVOS

Objetivo geral

Avaliar a eficácia dos encaminhamentos para a especialidade de Cardiologia no Ambulatório de Especialidades (AE) Dr. Milton Aldred, 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.

Objetivos específicos

- Identificar quais os diagnósticos que são mais encaminhados para a especialidade de cardiologia.
- Propor estratégias que melhore a qualidade da assistência prestada a partir dos dados coletados.

3. PLANO DE TRABALHO E 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 Organização Social (OS) Associação Saúde da Família (ASF) e a Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.

3.1 Tipo de estudo

Este trabalho trata-se de um estudo quantitativo, exploratório transversal descritivo, realizado no AE Dr. Milton Aldred, localizado no distrito Administrativo (DA) do Grajaú, na região de Capela do Socorro, no extremo sul do Município de São Paulo.

3.2 Local

Segundo dados da Prefeitura Municipal de São Paulo, o território de Capela do Socorro é constituído pelos Distritos Administrativos (DA) Grajaú, Socorro e Cidade Dutra e corresponde a 8.9% da cidade de São Paulo (SP). Em 2010 a população da região de Capela do Socorro era de 594.930 pessoas e a de Parelheiros era de 139.441, estima-se que em 2020 a população chegue à 602.766 em Capela do Socorro e 168.313 em Parelheiros. Aproximadamente 61% da população de Capela do Socorro são usuários exclusivamente do SUS, o que demonstra a vulnerabilidade do território, que está inserido em uma área de proteção de mananciais.

O AE Dr. Milton Aldred, faz parte das RAS Capela do Socorro e Parelheiros, está sob gestão da OS Associação Saúde da Família, 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 Capela do Socorro 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 Capela do Socorro e Parelheiros.

A RAS de Capela do Socorro, conta com 25 UBS, das quais, quatro são unidades tradicionais, ou seja, não contam com equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), possuem um quadro de médicos clínicos, ginecologistas e pediatras;

três são unidades integradas, sendo uma com ESF, UBS tradicional e Atendimento Médico Ambulatorial (AMA), uma com UBS tradicional, AE e AMA e uma com ESF e AMA; e 18 possuem equipes de ESF, todas estão sob gestão da OS ASF.

Em Parelheiros a RAS conta com 18 UBS, das quais 17 possuem equipes de ESF e uma é tradicional, todas sob gestão da OS ASF.

3.3 Amostra

3.3.1 Critério de Inclusão

Para este trabalho realizou-se um levantamento dos prontuários dos pacientes, advindos das UBS, das RAS de Capela do Socorro e Parelheiros, que passaram em consultas de primeira vez, na especialidade de cardiologia no AE Dr. Milton Aldred 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 estudada.

3.3.2 Critérios de Exclusão

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.

3.3.3 Amostragens

Foram avaliados todos os prontuários dos pacientes que atenderam aos critérios de inclusão, no período de janeiro a dezembro de 2018, na especialidade de cardiologia.

3.3.4 Termos de Consentimento de Uso de Banco de Dados (TCUD)

O responsável pela OS ASF, assinou o Termo de Consentimento de Uso de Banco de Dados (TCUD), assumindo o sigilo dos dados coletados (ANEXO I).

3.4 Procedimentos

Para a coleta de dados, realizou-se o levantamento de todos os prontuários elegíveis, das consultas de primeira vez, que passaram na especialidade de cardiologia, no período de janeiro a dezembro de 2018, para a identificação dos prontuários realizou-se o levantamento dos registros das agendas impressas dos cardiologistas.

Após o levantamento do prontuário, preencheu-se uma ficha de coleta de dados (ANEXO II), com informações sobre identificação do número do prontuário, idade, sexo, UBS de referência, hipótese diagnóstica (HD) ou CID (Classificação Internacional de Doenças), além de identificar se o médico encaminhador descreveu o conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter e a data que o médico cardiologista deu alta da especialidade.

Identificou-se na guia de encaminhamento os dados solicitados no descritivo mínimo do protocolo de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: 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. Após o preenchimento, foi possível classificar a guia em adequada ou inadequada e verificar se o paciente recebeu alta da especialidade.

3.5 Variáveis

A variável primária refere-se a eficácia do encaminhamento realizado pela APS para a atenção especializada, para a especialidade de cardiologia; foram consideradas guias adequadas aquelas em que o médico encaminhador descreveu todos os critérios do conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve conter, conforme exigido pelo protocolo de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada da Universidade Federal do Rio Grande do Sul: 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.

Têm-se como variáveis secundárias: a identificação de quais os diagnósticos estão sendo encaminhados, a distribuição da idade, a distribuição do sexo, a distribuição das RAS (Capela do Socorro e Parelheiros) e o levantamento da

quantidade de pacientes que foram contra referenciados para atenção primária.

A fim de preservar as unidades envolvidas, seus nomes foram apresentados com abreviaturas relacionadas as iniciais do nome da UBS.

3.6 Método estatístico

3.6.1 *Cálculo do tamanho da amostra*

Não foi realizado o cálculo do tamanho da amostra. Todos os prontuários, que continham as guias de referência e contrarreferência, no período de janeiro a dezembro de 2018, foram avaliados.

3.6.2 *Análise estatística*

A análise estatística dos dados coletados foi realizada por meio de estatística descritiva com cálculo de intervalo de confiança de 95% para cada ponto estimado. As informações foram apresentadas por meio de gráficos e tabela.

3.7 Aspectos éticos

3.7.1 *Análise dos riscos e benefícios*

O risco dessa pesquisa foi mínimo, relacionado ao risco de identificação do paciente. Com relação aos benefícios, espera-se que com base nas informações coletadas, seja possível identificar a eficácia dos encaminhamentos direcionados para a atenção especializada, na especialidade de cardiologia, no Ambulatório de Especialidades Dr. Milton Aldred e propor processos de trabalhos que facilitem a comunicação entre atenção primária à saúde e a atenção especializada, a fim de prestar uma assistência integral e contínua para o usuário da rede de atenção à saúde.

3.7.2 *Medidas para minimização dos riscos*

Como medida para diminuir os riscos, na ficha de coleta de dados não haverá identificação do nome do paciente, conforme ANEXO II e há o comprometimento do pesquisador em manter o sigilo dos dados coletados.

3.7.3 Medidas para proteção da confidencialidade

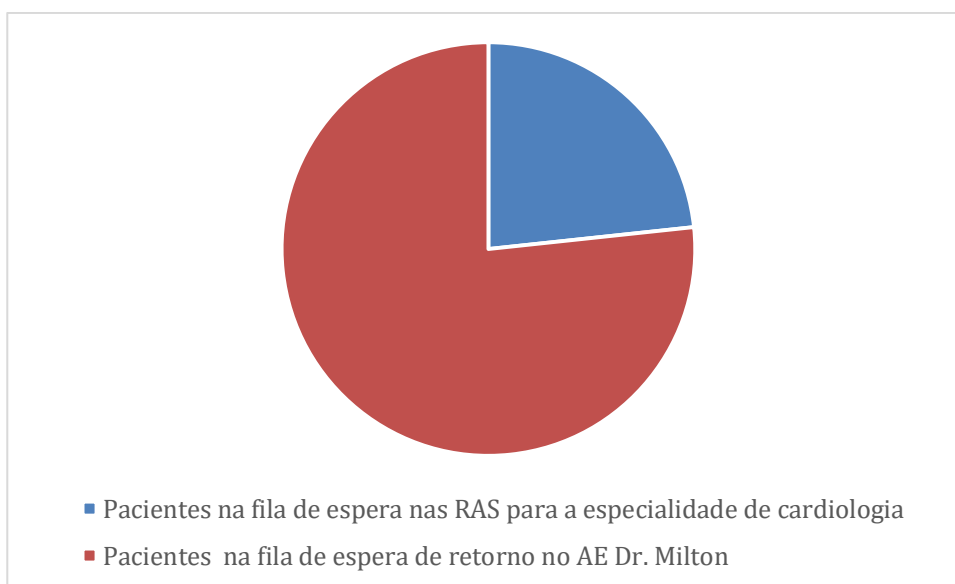
Durante a coleta de dados não foi registrado o nome do paciente na ficha de coleta de dados.

4. RESULTADOS

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

Em relação a cardiologia, especificamente, nos territórios de Capela do Socorro e Parelheiros, a fila de espera para avaliação do cardiologista era de 468 pessoas, segundo dados coletados no Painel de Monitoramento Regulação, disponibilizado pela Associação Saúde da Família em novembro de 2019. No AE Dr. Milton Aldred, segundo dados coletados no SIGA, no mesmo período, tinha-se 1540 usuários na fila de espera, para reavaliação com o cardiologista, conforme demonstrado no gráfico 1.

Gráfico 1 – Relação entre a fila de espera da RAS Capela do Socorro e Parelheiros e a fila de espera de retorno na especialidade de cardiologia no AE Dr. Milton Aldred



Fonte: elaborado pela autora

No AE Dr. Milton Aldred, em 2018, foram contratados profissionais especialistas em cardiologia totalizando 40 horas semanais, no período de janeiro a dezembro e houve déficit médico no mês de janeiro.

Após avaliação das agendas, através do SIGA é possível verificar que se ofertou 5892 consultas, das quais 46% foram consultas de primeira vez, disponibilizadas para as RAS de Capela do Socorro e Parelheiros 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 Dr. Milton Aldred 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
Maio	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 Dr. Milton Aldred 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 Dr. Milton Aldred 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 Dr. Milton Aldred, 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.

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 selecionadas seis doenças mais prevalentes para a especialidade de cardiologia, são elas:

- Cardiopatia Isquêmica;
- Insuficiência Cardíaca (IC);
- Arritmias;
- Síncope ou perda transitória da consciência;
- Hipertensão Arterial Sistêmica;
- Valvopatias.

É importante ressaltar que embora foram selecionadas essas doenças, outras situações clínicas, ou achados na anamnese e/ou exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento. (Protocolo de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto, 2017)

Na ficha de coleta de dados (ANEXO II) é possível identificar que 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.

O quadro 1 traz as informações do conteúdo descritivo mínimo que cada encaminhamento deve conter, de acordo com a patologia.

Quadro 1 – Apresentação, conforme a patologia do conteúdo do descritivo mínimo que cada encaminhamento deve conter conforme o protocolo: Protocolos de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto / Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2017

Patologia	Descritivo mínimo no encaminhamento
Cardiopatia Isquêmica	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio, consequências hemodinâmicas); • Medicamentos em uso, com posologia; • Resultado do eletrocardiograma, com data; • Resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data;

	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de fatores de risco para doença arterial coronariana (diabetes, hipertensão, tabagismo, dislipidemia). Relatar sim ou não para os principais e informar outros se presentes; • História de infarto agudo do miocárdio ou revascularização (sim ou não). Se sim, descrever quando foi o evento e exames realizados.
Insuficiência Cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, classe funcional, sinais de congestão e hipoperfusão); • Resultado do eletrocardiograma, com data; • Resultado do raio-x de tórax, com data; • Resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data; • Medicações em uso, com posologia; • Número de descompensações e internações hospitalares nos últimos 12 meses, se presentes; • Outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não).
Arritmias	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço, consequências hemodinâmicas); • Tipo de arritmia, quando estabelecida; • Resultado do eletrocardiograma, com data; • Resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data; • Medicações em uso com posologia; • Outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não); • História familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco.
Síncope ou perda transitória da consciência	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas (descrever episódio com sua frequência e duração, associação com outros sintomas de provável origem cardiológica (palpitação, dispneia, desconforto precordial), relação com exercício ou outros fatores desencadeantes e exame físico neurológico e cardiológico); • Presença de cardiopatia (sim ou não). Se sim, qual; • Resultado de eletrocardiograma com data, se realizado; • Resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data; • História familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco; • Medicamentos que podem causar síncope (antiarrítmicos, anti-hipertensivos) (sim ou não). Se sim, descreva.

Hipertensão Arterial Sistêmica	<ul style="list-style-type: none"> • Sinais e sintomas; • Medicamentos em uso, com posologia; • Duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes; • Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes; • Avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não).
--------------------------------	---

Fonte: Protocolos de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto, 2017

Das 2184 consultas médicas, de primeira vez, realizadas no AE Dr. Milton Aldred, 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, ou seja, não foram encaminhadas por profissionais médicos.

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 Dr. Milton Aldred 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.

Para cada patologia o protocolo expõe o conteúdo descritivo mínimo satisfatório para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade.

Na tabela 4 é possível identificar que na RAS Capela do Socorro 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 Capela do Socorro, que descreveram todos ou alguns dos critérios exigidos no descritivo mínimo que um encaminhamento deve conter

RAS Capela do Socorro	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	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 composta 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 preenchidos (Prefeitura Municipal de São Paulo).

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 Parelheiros, é possível verificar que 100% dos médicos das UBS de Parelheiros 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 Parelheiros, que descreveram todos ou alguns dos critérios exigidos no descritivo mínimo que um encaminhamento deve conter

Ras paralheiros	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 Parelheiros, 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.

A CID é a classificação diagnóstica padrão internacional que atribui, entre outras coisas, uma condição anormal de saúde e suas causas (DI NUBILA, 2008).

A Tabela 6 mostra, por patologia o número de encaminhamentos que continham a CID e/ou Hipótese Diagnóstica (HD) e a quantidade de guias de referência e contrarreferência que não continham nenhuma das duas.

Tabela 6 - Número por patologia de encaminhamentos com descrição da CID, HD ou que não preencheram a CID e/ou HD no AE Dr. Milton Aldred em 2018

Patologia	Total	CID				HD				não CID HD	% não CID HD
		N sim	% sim	N não	% não	N sim	% sim	N não	% não		
Arritmia	292	251	86	41	14	144	49	148	51	7	2
Cardiopatia Isquêmica	84	80	95	4	5	30	36	54	64	0	0
Hipertensão Arterial Sistêmica	601	538	90	63	10	319	53	282	47	7	1
Insuficiência Cardíaca	238	215	90	23	10	128	54	110	46	1	0
Síncope ou Perda Transitória da Consciência	9	5	56	4	44	5	56	4	44	2	22
Valvopatias	78	68	87	10	13	37	47	41	53	1	1
TOTAL	1302	1157	89	145	11	663	51	639	49	18	1

Fonte: elaborado pela autora

É claro na tabela 6 que, das 1302 guias de referência e contrarreferência que foram preenchidas com solicitações de avaliações cardiológicas em consequência das doenças mais prevalentes descritas no protocolo utilizado como referência para esse trabalho, 89% possuíam a descrição da CID, assim como 51% escreveram a HD, mas 1% dessas guias não possuíam a descrição da CID ou HD, nestes casos identificou-se a patologia devido a descrição do motivo do encaminhamento.

As tabelas 7 e 8 apresentam os dados relacionados a descrição da CID e da

HD por RAS.

Tabela 7 - Número de encaminhamentos da RAS Capela do Socorro com descrição da CID, HD ou que não preencheram a CID e/ou HD no AE Dr. Milton Aldred em 2018

Patologia	Total	Capela do			não preencheu CID e/ou HD
		Socorro	CID	HD	
Arritmia	292	240	205	115	6
Cardiopatia					
Isquêmica	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 7 mostra que das 1302 guias, encaminhadas em decorrência das patologias descritas no protocolo utilizado como referência, 1046 eram da RAS de Capela do Socorro, 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 8 apresenta os dados referente ao preenchimento da CID e da HD na RAS de Parelheiros.

Tabela 8 - Número de encaminhamentos da RAS Parelheiros com descrição da CID, HD ou que não preencheram a CID e/ou HD no AE Dr. Milton Aldred em 2018

Patologia	Total	Parelheiros	CID	HD	não preencheu CID e HD
Arritmia	292	52	46	29	1
Cardiopatias					
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 Parelheiros, 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 9 confirma que 27% dos pacientes encaminhados encontravam-se na faixa do 60 a 69 anos de idade.

Tabela 9 - Número e porcentagem de pacientes encaminhados por patologia e por faixa etária no AE Dr. Milton Aldred 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	2	0	4	1	38	6	81	13	146	24	177	29	153	25	601
Sistêmica															
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 Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, 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 10, 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 10 - Número de pacientes encaminhados conforme a patologia, a faixa etária e o sexo no AE Dr. Milton Aldred 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
Cardiopatia 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 10, 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 cardiopatia 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 11 relaciona a patologia com o número de altas da especialidade de cardiologia no AE Dr. Milton Aldred nos anos de 2018 e 2019.

Tabela 11 - Número e porcentagem de pacientes que receberam alta da especialidade de cardiologia de acordo com a patologia e o ano no AE Dr. Milton Aldred

Patologia	Total	Recebeu alta da cardiologia			
		N	%	N	%
		2018	2018	2019	2019
Arritmia	292	7	2	34	12
Cardiopatias					
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 11 apontam que apenas 3% dos pacientes, encaminhados devido a alguma patologia descrita no protocolo referenciado, que entraram no AE Dr. Milton Aldred 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 12 demonstra um panorama geral dos dados coletados relacionados a RAS de Capela do Socorro.

Tabela 12 - Número total de guias avaliadas de acordo com a patologia, o sexo, a descrição da CID e HD e a alta da especialidade de cardiologia no AE Dr. Milton Aldred da RAS Capela do Socorro

Patologia	Total	Capela do Socorro	Sexo		CID	HD	Alta	
			F	M			2018	2019
Arritmia	292	240	140	100	205	115	6	27
Cardiopatia								
Isquêmica	84	66	28	38	65	21	2	10
Hipertensão								
Arterial								
Sistêmica	601	491	303	188	442	261	15	71
Insuficiência								
Cardíaca	238	183	101	82	165	104	1	23
Síncope ou								
Perda								
Transitória da								
Consciência	9	6	2	4	2	4	0	0
Valvopatias	78	60	44	16	52	30	6	3
TOTAL	1302	1046	618	428	931	535	30	134

Fonte: Elaborado pela autora

De um modo geral é possível identificar na tabela 12 que das 1302 guias de referência e contrarreferência, de acordo com as patologias descritas no protocolo de Regulação Ambulatorial Cardiologia Adulto, do Rio Grande de Sul, 1046 eram oriundas da RAS Capela do Socorro, dessas a HAS é a patologia mais encaminhada seguida pela arritmia e insuficiência cardíaca; nem todas as guias possuem a descrição da CID e/ou HD e o total de alta, somando os anos de 2018 e 2019 são de 164 pacientes, ou seja, 15% dos indivíduos que adentraram no AE no ano de 2018.

A tabela 13 demonstra o mesmo panorama geral da RAS de Parelheiros.

Tabela 13 - Número total de guias avaliadas de acordo com a patologia, o sexo, a descrição da CID e HD e a alta da especialidade de cardiologia no AE Dr. Milton Aldred da RAS Parelheiros

Patologia	Total	Parelheiros	Sexo		CID	HD	Alta	
			F	M			2018	2019
Arritmia	292	52	29	23	46	29	1	7
Cardiopatias								
Isquêmica	84	18	8	10	15	9	0	2
Hipertensão Arterial								
Sistêmica	601	110	67	43	96	58	6	14
Insuficiência Cardíaca	238	55	28	27	50	24	2	3
Síncope ou Perda Transitória da Consciência	9	3	2	1	3	1	0	0
Valvopatias	78	18	15	3	18	7	2	2
TOTAL	1302	256	149	107	228	128	11	28

Fonte: elaborado pela autora

Na tabela 13 observa-se que os dados do território de Parelheiros se apresentam de uma forma geral, com pequenas diferenças dos de Capela do Socorro, em menor quantidade, uma vez que as unidades são em menor número.

A HAS é a primeira patologia mais encaminhada, porém, diferente de Capela do Socorro em Parelheiros a segunda patologia mais encaminhada é a insuficiência cardíaca e a arritmia a terceira, as cardiopatias isquêmicas e as valvopatias se mantêm em quarto lugar com 18 pessoas encaminhadas e a síncope é a patologia menos encaminhada com apenas três indivíduos. Em relação ao sexo, dos 256 indivíduos 149 são do sexo feminino e 107 do masculino. Assim como em Capela do Socorro, nem todas as guias possuem descrição da CID e/ou HD e a alta se mantêm em 15% do total de usuários encaminhados.

A tabela 14 condensa a quantidade de guias, oriundas da RAS Capela do Socorro, que não foram avaliadas, pois os pacientes foram encaminhados por patologias que não estão descritas no 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

quantidade de alta da especialidade.

Tabela 14 - 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 Capela do Socorro

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 Cidade			
Dutra/ 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 Capela do Socorro, 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 15 verifica-se os dados referente as guias do território de Parelheiros que não foram classificadas em adequada ou inadequada, pois assim como em Capela do Socorro, não tinham sua CID e/ou HD ou motivo do encaminhamento relacionados as patologias descritas no protocolo.

Tabela 15 - 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 Parelheiros

UBS	Alta da especialidade		
	Total	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 Parelheiros, 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.

As tabelas 16 e 17 irão mostrar a proporção por sexo e faixa etária dos pacientes que não tiveram suas guias avaliadas, pois a CID, a HD e/ou motivo do encaminhamento não tinham suas patologias descritas no protocolo utilizado nesse estudo.

Tabela 16 - Número de mulheres que foram encaminhadas para o AE Dr. Milton Aldred em 2018, com patologias que não estão descritas no Protocolo de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RAS	Total	SEXO		FAIXA ETÁRIA					
		F	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	> 70
Capela do Socorro	283	164	5	8	12	15	48	44	32
Parelheiros	68	35	0	6	3	6	6	5	9
Total	351	199	5	14	15	21	54	49	41

Fonte: elaborada pela autora

A tabela 16 demonstra que dos 351 pacientes encaminhados por patologias não abrangentes no protocolo utilizado para avaliação das guias de referência e contrarreferência, 199 eram do sexo feminino. O valor total da soma das faixas etárias dos 60 a 69 anos com a faixa etária acima de 70 anos é de 90, portanto 45% das mulheres são idosas.

A tabela 17 traz os dados relacionados aos pacientes do sexo masculino que foram encaminhados por patologias que não eram contempladas no protocolo objeto desse estudo.

Tabela 17 - Número de homens que foram encaminhados para o AE Dr. Milton Aldred em 2018, com patologias que não estão descritas no Protocolo de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RAS	Total	SEXO		FAIXA ETÁRIA					
		M	15 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	> 70
Capela do Socorro	283	119	2	4	14	17	25	34	23
Parelheiros	68	33	0	1	4	5	9	11	3
Total	351	152	2	5	18	22	34	45	26

Fonte: elaborada pela autoria

Na tabela 17 é possível afirmar que 152 indivíduos do sexo masculino foram encaminhados para avaliação cardiológica, porém não tinham sua CID, HD e/ou motivo do encaminhamento contemplados pelo protocolo utilizado para esse estudo, portanto suas guias não foram qualificadas, desses a maior faixa etária está entre os 60 a 69 anos, com 45 pacientes, que somados a faixa etária acima de 70 anos chega-se ao valor de 71 indivíduos, ou seja, 47% dos homens são idosos.

5. DISCUSSÃO

Esse estudo avaliou as guias de encaminhamento de referência e contrarreferência das consultas de primeira vez, na especialidade de cardiologia, do AE Dr. Milton Aldred, avaliando a eficácia dessas guias conforme o descritivo mínimo que um encaminhamento deve conter do Protocolo de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto, Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. UFRGS, 2017.

Identifica-se que o AE Dr. Milton Aldred disponibilizou no ano de 2018 54% de suas consultas para pacientes que já estão em acompanhamento, portanto foram consultas de retorno, confirmando o que diz Erdmann et al. (2013), que o acesso aos serviços de atenção secundária tem sido um dos obstáculos para a concretização da integralidade do cuidado no SUS.

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 o que Erdmann et al. (2013), Tesser (2017) e Bertussi et al. (2016) afirmam, que os especialistas tendem a manter o paciente em acompanhamento no serviço secundário, por falta de contato com os médicos encaminhadores.

Tesser (2017) propõem que os serviços especializados tenham 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 SUS.

Hoepfner et al. (2014) mostram que após a criação de um programa de apoio matricial, que englobava 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, contribuiu para a redução da fila para o especialista permitindo o acesso de usuários com problemas mais complexos.

Guedes et al. (2019) e Evangelista et al. (2019), trabalharam o apoio matricial com os médicos da APS e a equipe multiprofissional, como consequência dessa qualificação nas relações entre APS e AE ocorre fortalecimento da rede, a qualificação dos processos de trabalho e a garantia de um cuidado integral.

Bertussi et al. (2016) corroboram que esse modelo de compartilhamento do cuidado dá certo, pois após desencadear movimentos de atendimento compartilhados entre as equipes da APS e os especialistas, discussões conjuntas de casos, a disponibilização virtual do especialista em horários pré-determinados houve melhora do manejo clínico na APS como consequência redução das filas de espera permitindo acesso ao especialista em tempo oportuno.

Assim sendo, é essencial que a RAS de Capela do Socorro e Parelheiros 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 território (BITTAR et al. 2013).

Farias et al. (2019) mostraram que 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 secundária.

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 básica (TANAKA et al. 2019).

Evangelista et al. (2019), qualificam os encaminhamentos direcionados aos cardiologistas a partir de apoio matricial, com encontros e atendimentos compartilhados e como proposta que antecede aos encaminhamentos os profissionais da APS estratificavam o risco cardiovascular, à medida em que o risco era estratificado a atenção especializada ia se organizando para receber os indivíduos de alto e muito alto risco, buscando a continuidade do cuidado de forma compartilhada.

O Protocolo de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto (2017), utilizado para avaliação das guias de referência e contrarreferência, reconhece condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento.

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, corroborando com João Silva et al. (2015) que referem que os idosos são os que se apresentam

com as maiores taxas DCNT; já Massa et al. (2019) comprovam que na última década, no município de São Paulo houve um aumento geral da morbidade por doenças cardiovasculares em idosos, portanto o envelhecimento tem relação direta com o aumento dessas patologias.

Contudo em relação ao sexo, é possível afirmar que o número de mulheres que passaram em consulta, no AE Dr. Milton Aldred, em 2018, com o cardiologista foi maior que o número de homens, comprovando o que Levorato et al. (2013) afirmaram, 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 território.

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.

6. PRODUTO ESPERADO

Corroborando os dados da literatura, os resultados apresentados mostram que o apoio matricial e o compartilhamento do cuidado são ferramentas essenciais para qualificar o atendimento ao usuário do SUS.

Nas Redes de Atenção à Saúde de Capela do Socorro e Parelheiros esses processos ainda não estão firmados quando se trata da especialidade de cardiologia, para tanto elaboramos uma proposta para reorganização dos processos de trabalho, afim de aproximar a APS e a atenção especializada, com o intuito de prestar uma assistência integral e com equidade, além de organizar o serviço de atenção especializada.

No quadro 2 apresentamos a proposta do plano de ação para reorganização dos fluxos de encaminhamento para a especialidade de cardiologia nas RAS de Capela do Socorro e Parelheiros.

Quadro 2 - Plano de ação para reorganização dos fluxos de encaminhamento para a especialidade de cardiologia nas RAS de Capela do Socorro e Parelheiros.

Problema
Coordenação do cuidado insatisfatória nas RAS de Capela do Socorro e Parelheiros.
Nós críticos
<ol style="list-style-type: none"> 1. Encaminhamentos ineficazes – o médico encaminhador não descreve as informações mínimas que um encaminhamento deve conter. 2. Falta de comunicação entre os médicos da atenção básica e atenção especializada. 3. Dificuldade no manejo da alta na especialidade. 4. Dificuldade de coordenação do cuidado por parte da APS, uma vez que o paciente não é contra referenciado do serviço especializado.
Proposta operacional
<ol style="list-style-type: none"> 1. Sensibilização dos profissionais das Redes de Capela do Socorro e Parelheiros. 2. Educação permanente para as equipes de ESF. 3. Garantir espaço na agenda do especialista para realização de matriciamentos.

4. Criação de protocolo clínico para o atendimento ao paciente no serviço especializado.

Ações

1. Organização do serviço especializado, deixando um cardiologista de referência para cada RAS de Capela do Socorro e Parelheiros.
2. Apresentação do Protocolos de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto / Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. – Porto Alegre: UFRGS, 2017 para todos os profissionais das RAS de Capela do Socorro e Parelheiros, através do e-mail, com solicitação para os gestores das unidades discutirem nas reuniões técnicas.
3. Educação permanente para as equipes de ESF sobre risco cardiovascular.
4. Pactuação com a rede sobre a realização da estratificação de risco cardiovascular dos usuários das redes, com a utilização de metodologias ativas, como o uso do team based learning (TBL) e sala de aula invertida.
5. Reuniões de matriciamentos, a cada 2 meses, com temas propostos pelas equipes de ESF relacionados a cardiologia, como proposta para o primeiro encontro: manejo clínico da HAS, utilizando a metodologia ativa sala de aula invertida.
6. Disponibilização de 1h semanal na agenda do cardiologista para matriciamentos por meio de telefone ou e-mail, para suas equipes de referência.
7. Criação, pelos especialistas, de protocolos clínicos da atenção especializada, com gestão de alta.

Fonte: Elaborado pela autora

7. CONCLUSÃO

O presente trabalho atingiu o seu objetivo geral, ou seja, avaliar a eficácia das guias de encaminhamento de referência e contrarreferência provenientes da atenção primária à saúde, para a especialidade de cardiologia no AE Dr. Milton Aldred.

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 Capela do Socorro e Parelheiros 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

ARRUDA, Cecilia et al. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 169-173, Mar. 2015.

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.

BRASIL. MINISTÉRIO SAÚDE – Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.

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.

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.

DE PADUA MANSUR, Antonio et al. Mortalidade por doenças cardiovasculares no Brasil e na região metropolitana de São Paulo: atualização 2011. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 99, n. 2, p. 755-761, 2012.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 324-335, June 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2008000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 27 Jan. 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2008000200014>.

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.

EVANGELISTA, M. J. D. O., GUIMARÃES, A. M. D., DOURADO, E. M. R., VALE, F. L. B. D., LINS, M. Z. S., MATOS, M. A. B. D., ... & SCHWARTZ, S. A. (2019). O planejamento e a construção das redes de atenção à saúde no DF, **Brasil. Ciência & Saúde Coletiva**, 24, 2115-2124.

FARIAS, Cynthia Moura Louzada et al. Tempo de espera e absenteísmo na atenção especializada: um desafio para os sistemas universais de saúde.

GUEDES, B. D. A. P., VALE, F. L. B. D., SOUZA, R. W. D., COSTA, M. K. A., & BATISTA, S. R. (2019). A organização da atenção ambulatorial secundária na SESDF. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24, 2125-2134.

HOEPFNER, Clovis et al. Programa de apoio matricial em cardiologia: qualificação e

diálogo com profissionais da aneção primária. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, p.1091-1101, 2014.

https://www.saudedafamilia.org/transparencia/relatorios_atividades/relatorio_de_atividades_2016.pdf.

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.

LOTUFO, P. A. Um desafio para 2025: reduzir a mortalidade precoce por doenças crônicas em todo o mundo. **Diagnóstico & Tratamento**, v. 20, n. 2, p. 51-52, 2015.

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.

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.

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.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-americana da Saúde – Representação Brasil, 2011.

Prefeitura do Município de São Paulo. Supervisão Técnica de Capela do Socorro: [file:///C:/Users/ASF/Downloads/Capela-do-Socorro2%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/ASF/Downloads/Capela-do-Socorro2%20(4).pdf).

Prefeitura Municipal de São Paulo: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/paralelos/historico/index.php?p=411>

Prefeitura Municipal de São Paulo: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/cultura/bibliotecas/bibliotecas_bairro/bibliotecas_m_z/malbatahan/index.php?p=5732.

PROCOLOS 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.

RADIGONDA Barbara, et al, Avaliação do acompanhamento de pacientes adultos com hipertensão arterial e ou diabetes melito pela Estratégia Saúde da Família e identificação de fatores associados, Cambé-PR, Brasil, 2012. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 25(1):115-126, jan-mar 2016.

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.

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

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.

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.

ANEXOS I – TCUD



Prefeitura de São Paulo
Secretaria Municipal de Saúde

**TERMO DE CONSENTIMENTO DE USO DE BANCO DE
DADOS (TCUD)**

Pesquisadora responsável: Caroline Aparecida de Sousa Cardoso
Número do CAAE:

Eu, Paulo Fernando Capucci, declaro estar informado da metodologia que será desenvolvida na pesquisa Avaliação da referência e Contrarreferência na Especialidade de Cardiologia em um Ambulatório de Especialidade no Município de São Paulo, coordenada por Caroline Aparecida de Sousa Cardoso. Ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme a resolução CNS 466/12 e das demais resoluções complementares, autorizo a consulta do arquivo/prontuário sob minha responsabilidade para realização da referida pesquisa.

São Paulo, 10 de outubro de 2019

Paulo Fernando Capucci
Coordenador Regional
CF 5111

Paulo Fernando Capucci

ANEXO II – Ficha baseado no: Protocolos de Regulação Ambulatorial: cardiologia adulto / Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. TelessaúdeRS. – Porto Alegre: UFRGS, 2017

Prontuário:

Idade:

Sexo:

UBS de referência:

CID _____ Hipótese diagnóstica _____

Motivo do encaminhamento:

Cardiopatía Isquêmica Sim Não

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia

- Suspeita de cardiopatía isquêmica em pessoa com dor torácica e probabilidade pré-teste intermediária ou alta para Doença Arterial Coronariana ou
- Suspeita de cardiopatía isquêmica por alterações eletrocardiográfica ou equivalente anginoso (dispneia/diaforese que piora com exercício e alivia com repouso) em pessoa com risco cardiovascular alto ou intermediário; ou
- Suspeita de cardiopatía isquêmica em pessoa com dor torácica e baixa probabilidade pré-teste para Doença Arterial Coronariana quando excluídas outras causas não cardiológicas na APS; ou
- Cardiopatía isquêmica estabelecida em paciente ainda sintomático, mesmo com tratamento clínico otimizado (nitrito oral, betabloqueador e/ou antagonista do canal de cálcio), ou impossibilidade de uso das medicações por efeito adverso ou contraindicação ou
- Suspeita ou diagnóstico de cardiopatía isquêmica com potencial indicação de cateterismo cardíaco (quadro 3 no anexo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio, consequências hemodinâmicas);
 - Medicamentos em uso, com posologia;
 - Resultado do eletrocardiograma, com data;
 - Resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data;
 - Presença de fatores de risco para doença arterial coronariana (diabetes, hipertensão, tabagismo, dislipidemia). Relatar sim ou não para os principais e informar outros se presentes;
 - História de infarto agudo do miocárdio ou revascularização (sim ou não). Se sim, descrever quando foi o evento e exames realizados;
- Encaminhamento adequado Sim Não data da Alta ___/___/___

Prontuário:

Idade:

Sexo:

UBS de referência:

() CID _____ () Hipótese diagnóstica _____

Motivo do encaminhamento:

Insuficiência Cardíaca () Sim () Não

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia

- () Episódio de internação hospitalar no último ano devido à insuficiência cardíaca descompensada; ou
- () Paciente com diagnóstico de insuficiência cardíaca com modificação recente no quadro clínico apesar de tratamento clínico otimizado – piora de classe funcional (NYHA) ou nova cardiopatia estabelecida (infarto, arritmia); ou
- () Paciente que persiste em Classe funcional (NYHA) III ou IV apesar do tratamento clínico otimizado – em uso de inibidor da enzima conversora de angiotensina, betabloqueador e diurético, na ausência de intolerância (quadro 4 para definição da classe funcional, tabela 2 para posologia dos medicamentos e figura 1 para definição das medicações indicadas em cada classe funcional no anexo); ou
- () Suspeita clínica de insuficiência cardíaca na impossibilidade de completar a investigação na APS.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- () Sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, classe funcional (NYHA), sinais de congestão e hipoperfusão);
- () Resultado do eletrocardiograma, com data;
- () Resultado do raio-x de tórax, com data;
- () Resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data;
- () Medicações em uso, com posologia;
- () Número de descompensações e internações hospitalares nos últimos 12 meses, se presentes;
- () Outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não);

Encaminhamento adequado () Sim () Não data da Alta ___/___/___

Prontuário:

Idade:

Sexo:

UBS de referência:

() CID _____ () Hipótese diagnóstica _____

Motivo do encaminhamento:

Arritmias () Sim () Não

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia:

- () Bradicardia sinusal sintomática ou assintomática com frequência cardíaca menor que 45 bpm (após avaliação em serviço de emergência); ou
- () Bloqueio bifascicular (bloqueio completo de ramo esquerdo; bloqueio completo de ramo direito associado a hemibloqueio anterior esquerdo ou associado a hemibloqueio posterior esquerdo); ou
- () Fibrilação atrial com possibilidade de cardioversão (paciente com idade menor que 65 anos e átrio menor que 5 cm); ou
- () Taquicardia supraventricular sintomática ou recorrente, sem resposta ao tratamento; ou
- () Outras taquiarritmias ou alterações na condução cardíaca potencialmente graves (considerar sempre necessidade de encaminhar para serviço de emergência); ou
- () Investigação de palpitação recorrente de origem indeterminada.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- () Sinais e sintomas (descrever também tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço, consequências hemodinâmicas)
- () Tipo de arritmia, quando estabelecida;
- () Resultado do eletrocardiograma, com data;
- () Resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data;
- () Medicações em uso (todas), com posologia;
- () Outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não);
- () História familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco.

Encaminhamento adequado () Sim () Não data da Alta ___/___/___

Prontuário:

Idade:

Sexo:

UBS de referência:

() CID _____ () Hipótese diagnóstica _____

Motivo do encaminhamento:

Síncope ou perda transitória da consciência () Sim () Não

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia (sempre avaliar necessidade de encaminhar primeiramente para serviço de emergência):

- () Síncope associada a sinais e sintomas de provável origem cardiológica (dispneia, hipotensão, dor torácica, sopro, episódio que ocorre durante o exercício); ou
- () Síncope em paciente com alteração compatível no eletrocardiograma; ou
- () Síncope em paciente com cardiopatia estabelecida (insuficiência cardíaca, cardiopatia isquêmica, valvulopatia, miocardiopatia dilatada, doenças cardíacas congênitas); ou
- () Síncope em paciente com história familiar (pais ou irmãos) de morte súbita antes dos 40 anos; ou
- () Síncope/pré-síncope de origem indeterminada.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para neurologia:

- () Episódio de alteração de consciência sugestivo de crise convulsiva.

Situações associadas à síncope que usualmente não necessitam avaliação em serviço especializado (síncope vaso-vagal):

- () Postura ortostática prolongada; ou
- () Estresse emocional (fatores definidos como: dor, medo, fobia de sangue ou procedimentos médicos) ou situações específicas (tosse, espirro, estimulação gastrointestinal, pós-miccional); ou
- () Sintomas prodrômicos como sudorese, calor e escurecimento da visão.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- () Sinais e sintomas (descrever episódio com sua frequência e duração, associação com outros sintomas de provável origem cardiológica (palpitação, dispneia, desconforto precordial), relação com exercício ou outros fatores desencadeantes e exame físico neurológico e cardiológico);
- () Presença de cardiopatia (sim ou não). Se sim, qual;
- () Resultado de eletrocardiograma com data, se realizado;
- () Resultado de outros exames cardiológicos realizados, com data;
- () História familiar de morte súbita (sim ou não). Se sim, idade do evento e grau de parentesco;
- () Medicamentos que podem causar síncope (antiarrítmicos, anti-hipertensivos) (sim ou não). Se sim, descreva.

Encaminhamento adequado () Sim () Não data da Alta ___/___/___

Prontuário:

Idade:

Sexo:

UBS de referência:

() CID _____ () Hipótese diagnóstica _____

Motivo do encaminhamento:

Hipertensão Arterial Sistêmica () Sim () Não

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para nefrologia ou cardiologia ou endocrinologia (conforme a principal suspeita clínica de hipertensão secundária):

() Suspeita de hipertensão secundária; ou

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia:

() Hipertensão mal controlada (fora do alvo terapêutico) com no mínimo três medicações anti-hipertensivas em dose plena, após avaliar adesão.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

() Sinais e sintomas;

() Medicações em uso, com posologia;

() Duas medidas de pressão arterial, em dias diferentes;

() Alterações em exames laboratoriais ou de imagem, se presentes;

() Avaliação clínica da adesão ao tratamento (sim ou não).

Encaminhamento adequado () Sim () Não data da Alta ___/___/___

Prontuário:

Idade:

Sexo:

UBS de referência:

() CID _____ () Hipótese diagnóstica _____

Motivo do encaminhamento:

Valvopatias () Sim () Não

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cardiologia:

- () Todos os pacientes com diagnóstico de valvopatias moderadas/gravas; ou
- () Pacientes com diagnóstico de valvopatia leve com piora dos sintomas; ou
- () Suspeita de valvopatia por sopro diastólico ou contínuo; ou
- () Suspeita de valvopatia por sopro sistólico associado a (pelo menos um):
 - () Sintomas (dispneia, dor torácica, síncope/pré-síncope); ou
 - () Sopro de grau elevado ($\geq 3/6$) ou frêmito; ou
 - () Alterações significativas em eletrocardiograma e/ou raio-x de tórax; ou
 - () Sopro de início recente e suspeita de valvopatia.

Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para cirurgia cardíaca:

- () Diagnóstico de valvopatia com indicação de correção por procedimento invasivo (cirúrgico ou cateterismo).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- () Sinais e sintomas – presença de síncope, dor torácica ou dispneia, descrever também tempo de evolução; frequência dos sintomas, classe funcional (NYHA);
- () Presença de sopro (sim ou não). Se sim, descrever a localização e as características do sopro, intensidade, com ou sem frêmito;
- () Outras doenças ou condições clínicas associadas (cardiológicas ou não);
- () Descrição do eletrocardiograma e/ou raio-x de tórax, quando indicado, com data;
- () Descrição da ecocardiografia (área valvar, gradiente médio, fração de ejeção e diâmetros do ventrículo esquerdo), com data (se realizado);

Encaminhamento adequado () Sim () Não data da Alta ___/___/___