

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

Tamara Marques Ziliotto

**O PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES DA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE A UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM
CIRURGIA VASCULAR DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE**

**São Caetano do Sul
2023**

TAMARA MARQUES ZILLOTTO

**O PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES DA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE A UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM
CIRURGIA VASCULAR DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE**

Trabalho Final de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação no Ensino Superior em Saúde da Universidade Municipal de São Caetano do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Ensino em Saúde.

Área de concentração: Inovações Educacionais em Saúde Orientada pela Integralidade do Cuidado.

Orientador: Prof. Dr. Celso Machado Júnior

**São Caetano do Sul
2023**

FICHA CATALOGRÁFICA

ZILIOOTTO, Tamara Marques.

O processo de encaminhamento de pacientes da atenção básica de saúde a um serviço especializado em cirurgia vascular de um município de médio porte / Tamara Marques Ziliotto. – São Caetano do Sul: USCS, 2023.

118 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Celso Machado Júnior

Dissertação (mestrado) – USCS, Universidade Municipal de São Caetano do Sul, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Inovação No Ensino Superior Em Saúde, 2023.

1. Avaliação em Saúde. 2. Capacitação Profissional. 3. Cirurgia Vascular. 4. Integralidade em Saúde. 5. Medicina. I. Título. II. Universidade Municipal de São Caetano do Sul.

**Reitor da Universidade Municipal de São Caetano do Sul
Prof. Dr. Leandro Campi Prearo**

**Pró-reitora de Pós-graduação e Pesquisa
Profa. Dra. Maria do Carmo Romeiro**

**Gestor do Programa de Pós-graduação Mestrado Profissional Inovação no
Ensino Superior em Saúde
Profa. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia**

Trabalho Final de Curso defendido e aprovado em 27/02/2023 pela Banca Examinadora constituída pelos(as) professores(as):

Prof. Dr. Celso Machado Júnior – Universidade municipal de São Caetano do Sul (USCS)

Profa. Dra. Rosamaria Rodrigues Garcia – Universidade municipal de São Caetano do Sul (USCS)

Profa. Dra. Helena Akemi Wada Watanabe - Universidade de São Paulo (USP)

DEDICATÓRIA

São palavras de carinho e reconhecimento destinadas a pessoas especiais que foram fundamentais em nossa jornada acadêmica e pessoal. Portanto, é com grande emoção que dedico esta dissertação.

Primeiramente, gostaria de dedicar este trabalho aos meus pais, que sempre estiveram ao meu lado em todas as etapas da minha vida. Obrigado pelo amor incondicional, pela paciência, pelos conselhos sábios e pelo incentivo constante. Sem vocês eu não estaria onde estou hoje.

Também dedico este trabalho ao meu marido, que sempre me apoiou e me deu forças para enfrentar os desafios da vida acadêmica. Obrigado por ser minha inspiração e por me ensinar o verdadeiro significado de companheirismo.

Não posso deixar de mencionar amigos e amigas que me acompanharam durante toda esta jornada e me fizeram perceber que a vida acadêmica não precisa ser solitária. Agradeço por cada momento de diversão e por cada conversa inspiradora, pois me ajudaram a superar momentos difíceis e me motivaram a seguir em frente.

Por fim, dedico este trabalho ao meu orientador, que me guiou com sabedoria, paciência e comprometimento ao longo de todo o processo. Obrigada pelas orientações preciosas, pelos ensinamentos valiosos e pela confiança em mim depositada. Você foi uma peça fundamental para a conclusão deste trabalho.

A todos vocês, minha gratidão e meu amor. Espero que este trabalho seja um reflexo de tudo o que aprendi e que possa contribuir de alguma forma para a sociedade.

AGRADECIMENTOS

Chegar ao fim de um trabalho acadêmico é uma conquista que não pode ser alcançada sem a ajuda de diversas pessoas e instituições. Portanto, é com grande satisfação que apresento meus agradecimentos a todos aqueles que contribuíram de alguma forma para a realização deste trabalho.

Primeiramente, gostaria de agradecer à instituição onde realizei esta pesquisa, por fornecer os recursos necessários para a realização deste trabalho.

Não posso deixar de mencionar os participantes da pesquisa, que generosamente dedicaram parte do seu tempo para responder aos questionários e contribuir com meu estudo. Sem a colaboração de vocês este trabalho não seria possível.

Também gostaria de agradecer aos meus amigos e amigas, que me acompanharam durante toda esta jornada e me apoiaram em momentos de dúvida e insegurança.

À minha família, que sempre esteve presente em todos os momentos da minha vida. Agradeço por todo o amor, incentivo e suporte que recebi de vocês ao longo de toda a minha trajetória acadêmica.

Ao meu orientador, que me guiou com sabedoria, paciência e dedicação ao longo de todo o processo. Agradeço por todas as sugestões, correções e por acreditar no meu trabalho.

A todos vocês, meu mais sincero agradecimento. Espero que este trabalho possa contribuir de alguma forma para a sociedade e para o desenvolvimento da ciência.

RESUMO

Introdução: O conjunto de Doenças Vasculares (DV) é a principal causa de morte no mundo e no Brasil. No entanto, diante do número elevado de casos de DV e da necessidade de tratamento, o atendimento ofertado pelo SUS possui entre suas limitações a dificuldade de conceder ao usuário o acesso à consulta especializada.

Objetivo: analisar a percepção dos médicos que atuam na atenção primária sobre o processo de regulação de pacientes com diagnóstico de doenças vasculares para o serviço especializado de cirurgia vascular (CV). **Metodologia:** Caracteriza-se como pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa e de natureza aplicada. A pesquisa foi realizada junto a 10 médicos que atuam nas unidades de saúde do município do interior do Paraná. **Resultados:** Sobre conhecer as consultas com especialistas por parte dos pacientes de seu território adscrito, maioria indicou não conhecer. Indicaram a dificuldade de encaminhamento para atenção especializada, e para CV. Houve ainda o alerta de que exames e procedimentos da CV são mais caros, dificultando ainda mais o fluxo de atendimento e o tempo na fila de espera. Todos entendem ser necessária a melhoria do processo de regulação do município. Como produto, foi elaborado um manual ilustrativo para encaminhamentos aos serviços de CV por profissionais médicos de toda Rede de Atenção Básica do Município. **Conclusões:** Notou-se que ainda existem lacunas no processo de encaminhamento para especialidades, e em especial aqui a CV, muitos não compreendem suas atribuições dentro de equipe de saúde da família e não têm realizado o processo de referência e contrarreferência.

Palavras-chave: Avaliação em Saúde; Capacitação Profissional; Cirurgia Vascular; Integralidade em Saúde; Sistema Único de Saúde.

ABSTRACT

Introduction: The set of Vascular Diseases (VD) are the main cause of death in the world and in Brazil. However, given the high number of VI cases and the need for treatment, the service offered by the SUS has, among its limitations, the difficulty of granting the user access to specialized consultations. on the process of adjusting patients diagnosed with vascular diseases to the specialized service of vascular surgery (CV). **Methodology:** It is characterized as exploratory, descriptive research, with a qualitative approach and applied nature. The survey was carried out with 10 physicians who work in health units in the interior of Paraná. **Results:** About knowing the appointments with specialists by patients in their assigned territory, most indicated not knowing. They indicated the difficulty of referral to specialized care, and to CV. There was also an alert that VC exams and procedures are more expensive, making the flow of care and the time in the queue even more difficult. Everyone understands that it is necessary to improve the municipal regulation process. As a product, an illustrative manual was prepared for referrals to CV services by medical professionals from the entire Primary Care Network of the Municipality. **Conclusions:** It was noted that there are still gaps in the process of referral to specialties and especially here the VC, many do not understand their attributions within the family health team and have not carried out the referral and counter-referral process.

Keywords: Health Evaluation; Professional Training; Vascular Surgical Procedures; Integrality in Health; Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Escore de Risco de Framingham.	20
Figura 2 Rede de Atenção à Saúde de Campo Mourão – PR.....	32
Figura 3 Ilustração do sistema de regulação do município.	33
Figura 4 Mapa da Localização do Município de Campo Mourão – PR.....	36
Figura 5 Fluxograma dos participantes da pesquisa.	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Dados sobre a caracterização dos profissionais entrevistados.	43
Tabela 2 Dados sobre o conhecimento dos profissionais em relação ao processo de regulação.....	44

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

AA - Aneurisma de Aorta
AAA - Aneurisma de Aorta Abdominal
AAE - Atenção Ambulatorial Especializada
AB - Atenção Básica
AE - Atenção Especializada
AIH - Autorização de Internação Hospitalar
APAC - Laudo Médico para Procedimentos de Alta Complexidade
APS - Atenção Primária à Saúde
CID - Classificação Internacional de Doenças
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM - Diabetes Mellitus
DCV - Doenças Cardiovasculares
DV – Doenças Vasculares
EP - Embolia Pulmonar
ESF - Estratégia Saúde da Família
ESFSB - Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal
IVC - Insuficiência Venosa Crônica
NASF - Núcleo de Apoio à Família
OMS - Organização Mundial da Saúde
PIB - Produto Interno Bruto
RAS - Rede de Atenção à Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEV - Tromboembolismo Venoso
TVP - Trombose Venosa Profunda
UBS - Unidade Básica de Saúde
UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
1.1 Objetivo Geral	18
1.1.2 Objetivos Específicos	18
1.2 Justificativa	18
2 REFERENCIAL TEÓRICO	19
2.1 Doenças Vasculares.....	19
2.1.1 Tromboembolismo Venoso	21
2.1.2 Aneurisma de Aorta	23
2.1.3 Doença Arterial Obstrutiva Periférica.....	25
2.1.4 Insuficiência Venosa Crônica.....	25
2.1.5 Pé Diabético	26
2.2 Regulação da Atenção às Doenças Vasculares no Brasil.....	27
2.3 Redes de Atenção em Saúde (RAS)	30
3 METODOLOGIA	35
3.1 Tipo de estudo.....	35
3.2 Local do estudo.....	35
3.3 População e período do estudo.....	37
3.4 Coleta de dados	38
3.4.1 Instrumento para coleta de dados	39
3.5 Análise dos dados.....	39
3.6 Aspectos Éticos.....	40
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	41
4.1 Caracterização Sociodemográfica	41
4.2 Dados sobre o conhecimento dos profissionais sobre o processo de regulação	43
4.3 Características dos encaminhamentos para serviços especializados gerais e de Cirurgia Vascular	48
4.4 Dificuldades dos encaminhamentos para serviços especializados gerais e de Cirurgia Vascular.....	50
5 PRODUTO	53
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54

REFERÊNCIAS	55
APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados	61
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido	65
ANEXO A	68
ANEXO B	71
ANEXO C	117

1 INTRODUÇÃO

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) são consideradas umas das principais causas de morbimortalidade no mundo; se caracterizam pela duração prolongada ou indefinida e de início progressivo. Tais características, por suas vezes, dificultam a determinação de um prognóstico inicial adequado. Em sua evolução, as DCNTs podem levar à incapacitação em períodos críticos e demandar atenção contínua à saúde (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como DCNTs as seguintes patologias: cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes mellitus (DM). As DCNTs, são consideradas sérios problemas de saúde pública pois, segundo estimativas da OMS, são responsáveis por 58,5% das mortes e 45,9% da carga de doenças no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Segundo a OMS, as DCNTs, em 2015, foram responsáveis por aproximadamente 40 milhões de mortes no mundo, representando em torno de 70% do total dos óbitos registrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Atinente a isso, o estudo em questão irá abordar especificamente Doenças Vasculares (DV); elas correspondem a uma variedade de patologias com acometimento no sistema arterial, venoso e linfático, como insuficiência venosa crônica (IVC), aneurismas periféricos, síndromes compressivas, pé diabético, doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), estenose carotídea, linfedema, lipedema, Tromboembolismo Venoso (TEV) e o Aneurisma de Aorta (AA), que entre as DCNTs são as que apresentam maiores coeficientes de morbimortalidade (GUTIERREZ; TAVORA; BORGES, 2021).

O conjunto de DVs é a principal causa de mortes no mundo e no Brasil. Ainda que a mortalidade por doenças vasculares esteja gradativamente diminuindo nos últimos tempos, principalmente pela melhora da qualidade e do estilo de vida, como por exemplo deixar de fumar, começar a praticar exercícios físicos, fazer uma alimentação equilibrada, ainda é necessário cuidado, atenção e planejamento para enfrentamento dessas doenças (GUTIERREZ; TAVORA; BORGES, 2021).

As doenças vasculares, junto às cardíacas, em 2015, por exemplo, foram a causa de 31% dos óbitos no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). No Brasil, geraram mais de 807 mil internações clínicas e aproximadamente 280 mil

internações cirúrgicas (BRASIL, 2006a). Esse fato, por sua vez, reflete de forma significativa no custo do tratamento de pacientes portadores dessas patologias, de modo a representar cerca de 0,7% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, ou seja, cerca de R\$ 37 bilhões (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017).

Com o aumento da expectativa de vida e a crescente urbanização, a importância de ações de prevenção das DVs tende a crescer (NASCIMENTO *et al.*, 2018). Segundo o autor, nesse contexto, torna-se importante a implementação de políticas de saúde direcionadas ao incentivo da manutenção dos hábitos de vida saudáveis, ao acesso às prevenções primária e secundária e ao tratamento dos eventos cardiovasculares agudos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, é o responsável pela operacionalização da Saúde. A saúde, como direito de cidadania, foi garantida a todos por meio da Constituição de 1988. Adiante, a lei 8080, de 1990, ganha frente com a finalidade de implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária que estava ocorrendo no país. A universalidade, a equidade, a integralidade, o acesso à informação, a remediabilidade, a liberdade das pessoas e a epidemiologia como base se posicionam como diretrizes e princípios do SUS (MENDES, 2012).

Já a lei 8.142/90 estabelece a participação social e da comunidade na gestão do SUS e regulamenta os repasses financeiros na área da saúde entre os diferentes órgãos que compõem o sistema brasileiro. A lei 8.142/90, em conjunto com a lei 8080/90, compõe a denominada - Leis Orgânicas da Saúde, disciplinando e regulamentando os sistemas de saúde (BRASIL, 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como principal característica o acesso preferencial do usuário ao SUS, cumprindo a atuação estratégica nas redes de atenção como fundamento disciplinador para a efetivação do todo. Assim, identifica-se a associação de uma alta taxa de êxito para o estabelecimento de atendimento articulado com outros pontos da rede de saúde (BRASIL, 2016).

Dessa forma, o processo de referência e contrarreferência é de suma importância para garantir a realização de exames e avaliações complementares do paciente diagnosticado com DV, ou, ainda, para que o paciente tenha acesso a melhor avaliação diagnóstica e otimização do tratamento (BERNARDINO JÚNIOR *et al.*, 2020).

Esse processo, por sua vez, é um dos pontos importantes para garantir a funcionalidade do Sistema Único de Saúde, visto que, por sua implantação, é o que torna possível o encaminhamento de pacientes dentro de diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2006b). No entanto, diante do número elevado de casos de DV e da necessidade de tratamento, o atendimento ofertado pelo SUS possui entre suas limitações a dificuldade de conceder ao usuário o acesso à especialidade demandada, variando ainda, de acordo com o ordenamento municipal e a disponibilidade do serviço de referência na região (BRASIL, 2017).

O tempo prolongado de espera associado à dificuldade de acesso aos serviços ambulatoriais especializados são decorrentes de diversos fatores. Dentre eles se destacam a organização das ofertas de serviços, o modelo de atenção adotado pela instituição e o dimensionamento das necessidades apresentadas pelos serviços a serem prestados (BERNADINO JÚNIOR *et al.*, 2020).

Sabe-se que a fila de espera do SUS e a insatisfação do usuário advém da saturação do atendimento especializado, em parte pela baixa resolutividade da Atenção Primária por promover encaminhamentos excessivos e de maneira desqualificada aos serviços de referência (ALBIERI; CECÍLIO, 2015).

Nesse íterim, a grande quantidade de pacientes referenciados ao atendimento especializado gera uma sobrecarga no sistema e para a sua superação é necessária a elaboração de estratégias que impactem na APS, nos processos de regulação do acesso, bem como na organização da Atenção Especializada (AE) (BRASIL, 2016).

No serviço de Cirurgia Vascular esse fato não é diferente, inclusive em Campo Mourão, no Paraná. A quantidade de encaminhamentos sem real indicação, potencialmente, estabelece as filas de espera e amplia a demanda reprimida do acesso especializado. Logo, dificulta o atendimento de pacientes prioritários e críticos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2016).

Diante desse cenário, emana a questão de pesquisa: Quais são as limitações enfrentadas pelos profissionais de saúde, sobretudo os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde, durante o encaminhamento de paciente com comorbidade vascular ao atendimento especializado?

1.1 Objetivo Geral

Analisar a percepção dos médicos que atuam na atenção primária sobre o processo de regulação de pacientes com diagnóstico de doenças vasculares para o serviço especializado de cirurgia vascular.

1.1.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil dos médicos que atuam na atenção primária à saúde;
- Analisar as potencialidades e as limitações durante o processo de encaminhamento de pacientes da atenção primária e o serviço de regulação para atendimento em serviço especializado;
- Elaborar material didático instrucional como forma de capacitação para os médicos sobre como realizar os encaminhamentos de pacientes com comorbidades vasculares à atenção secundária (Produto).

1.2 Justificativa

Levando em consideração que as doenças vasculares já representam um desafio para saúde pública e estabelecem um elevado gasto com seu manejo nas unidades do SUS, é possível identificar que propostas que mitiguem os custos do sistema e melhorem o atendimento dos pacientes são importantes para o melhor atendimento da sociedade por parte do sistema de saúde brasileiro.

A melhor compreensão do processo de regulação de pacientes diagnosticados com doenças vasculares da atenção primária à saúde para um serviço especializado em cirurgia vascular, potencialmente, contribuirá para a proposição de estratégias para o enfrentamento dos impasses em relação ao atendimento do paciente e à garantia de acesso a esses atendimentos.

O estudo se posiciona como objeto de interesse da pesquisadora, que é formada em Medicina, com residência em cirurgia geral no Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen, entre 2011 e 2016, e residência em cirurgia vascular no Hospital Santa Casa de Curitiba, no Paraná. Como profissional da área de cirurgia vascular foi possível observar equívocos e uma grande quantidade de encaminhamentos de pacientes para a realização de avaliação vascular na atenção secundária. Este fator estimulou a realização desta pesquisa, com a finalidade de mitigar as falhas de encaminhamento de pacientes para procedimentos cirúrgicos.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo apresenta o referencial teórico que sustenta a realização da pesquisa. Inicialmente, aborda-se as doenças cardiovasculares e na sequência a Regulação das Doenças Vasculares no Brasil.

2.1 Doenças Vasculares

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis se constituem no principal grupo de causa de morte em todo o mundo, equivalente a mais de 38 milhões de mortes por ano, acarretando agravantes como, mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de impactos adversos econômicos e sociais (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

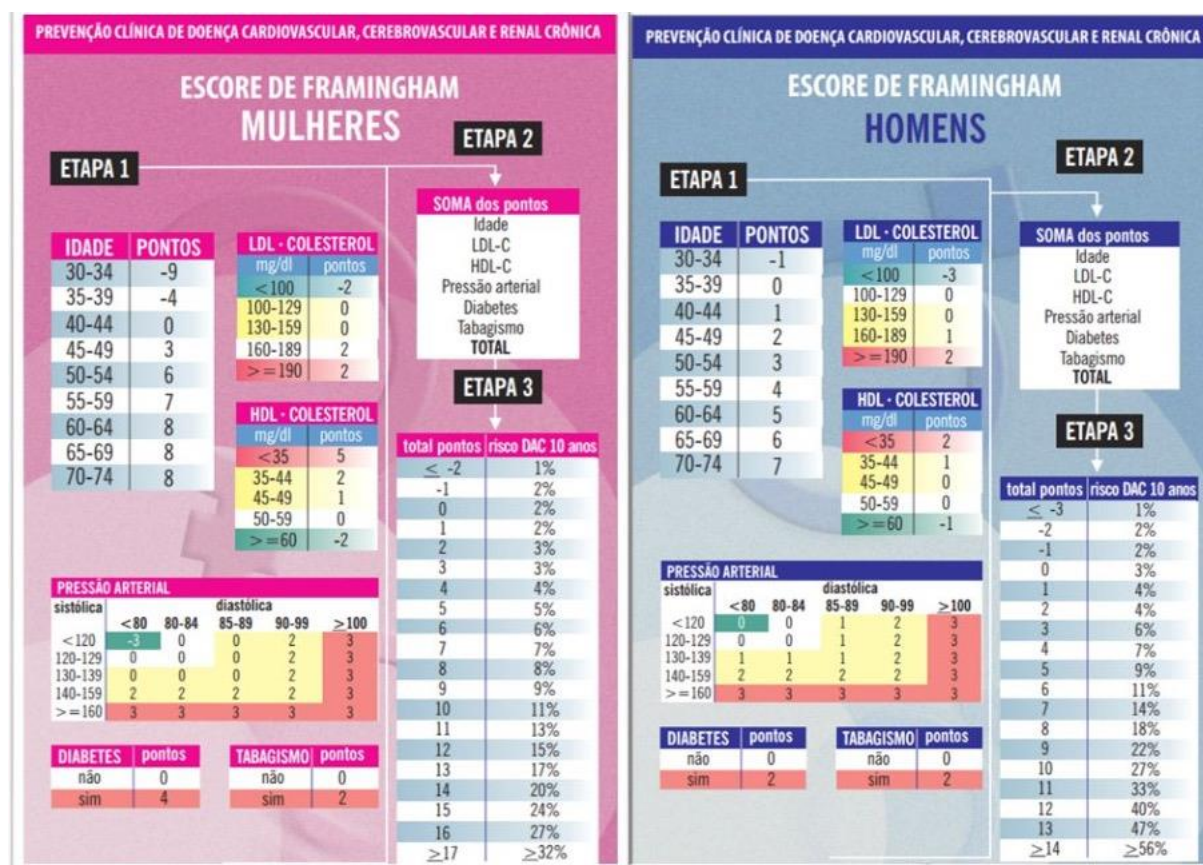
No Brasil, 72% das mortes resultam de DCNT e, deste universo, identifica-se que 30% são decorrentes de Doenças Cardiovasculares (DCV), posicionando-se assim como um relevante elemento de atenção à saúde, seguida por 16% das ocorrências em neoplasias. Vale destacar que as Doenças Vasculares são um desafio para a saúde pública e vêm aumentando progressivamente com o passar dos anos (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Segundo os autores, a prevalência foi estimada em 6,1% da população e vem crescendo desde 1990, devido ao aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional.

A definição de DCV pode variar de acordo com os autores, incluindo todas as doenças listadas no Capítulo IX da Classificação Internacional de Doenças CID-10 (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Já as doenças especificamente vasculares são um grupo de doenças dos vasos sanguíneos e linfáticos, e incluem: IVC (insuficiência venosa crônica), úlceras venosas, doença arterial obstrutiva periférica, aneurisma de aorta abdominal e outros aneurismas, e trombose venosa profunda e superficial (OPAS, 2022).

Os fatores de risco predominantes nas doenças vasculares são histórico familiar, uso de tabaco, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melito (DM), obesidade, sedentarismo, estresse psicossocial, entre outros. Sabe-se da importância da adoção de estratégias de atenção integral, cada vez mais precoces, ao longo do ciclo de vida, focadas na prevenção e suas complicações; sendo esses os fatores de risco potencialmente controláveis, mais críticos para a saúde pública (BRASIL, 2006a).

As intervenções preventivas não devem ser determinadas pelo valor de um determinado aspecto, mas sim pelo grau de risco cardiovascular estimado para cada indivíduo. Essa estratificação de risco baseia-se inicialmente no exame clínico, evoluindo para a realização de exames complementares, na medida em que o grau de risco se posiciona entre moderado a alto. A determinação de risco está relacionada às seguintes variáveis: colesterol total, pressão arterial sistólica, tabagismo, intolerância à glicose, HDL-C, LDL-C, índice de massa corporal e idade (BRASIL, 2010). De forma individualizada, ou ainda de forma combinada, esses fatores de risco são incorporados em escalas preditivas globais, como exemplo, o Escore de Risco de Framingham, apresentado na Figura 1 (BRASIL, 2010).

Figura 1 - Escore de Risco de Framingham



Fonte: Wilson *et al.* (1998, s.p.).

O Escore de Risco de Framingham é o mais conhecido, e surgiu a partir de um estudo que analisou dados importantes para relacionar aspectos e hábitos dos indivíduos ao risco cardiovascular (BRASIL, 2010; CESARINO *et al.*, 2013). O Escore de Risco de Framingham é considerado confiável, simples de ser aplicado e ainda de

baixo custo, destinados a identificar os pacientes com risco para doenças cardiovasculares (CHOBANIAN *et al.*, 2003). Segundo o autor, o Escore de Risco de Framingham possibilita o estabelecimento de estratégias mais rigorosas de acompanhamento e até no auxílio na definição do modelo de tratamento.

A partir do apresentado até aqui, cabe discutir de maneira mais profunda as principais doenças vasculares que acometem a população.

2.1.1 Tromboembolismo Venoso

O Tromboembolismo Venoso (TEV), em suas apresentações mais frequentes, embolia pulmonar (EP) e trombose venosa profunda (TVP), é a terceira principal causa de morte por doença cardiovascular e a primeira causa de morte intra-hospitalar prevenível (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Segundo dados do Ministério da Saúde, entre os anos de 2010 e 2021, o número de internações decorrentes de TEV ultrapassou 520.000 casos, com mais de 67 mil óbitos entre 2010 e 2019 (ALBRINCKER *et al.*, 2022).

Em 1856, Virchow descreveu pela primeira vez a patologia da trombose como resultado de defeitos nas plaquetas, nas proteínas de coagulação e na parede do vaso. A interação entre esses três fatores ficou conhecida como tríade de Virchow (BATTINELLI; MURPHY; CONNORS, 2012). A tríade de Virchow se caracteriza pela formação de trombos dentro de veias profundas, com obstrução parcial ou oclusão, sendo mais comum nos membros inferiores, no qual se observa a ocorrência de 80 a 95% dos casos (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Dentre os fatores de risco para a tríade de Virchow, pode-se destacar como fatores predisponentes (OLIVEIRA *et al.*, 2022):

- Hipercoagulabilidade: trombofilias, hereditárias ou adquiridas; uso de contraceptivos orais com estrogênio e reposição hormonal, gravidez, tabagismo, neoplasias e seus tratamentos, doenças infecciosas, entre outras.
- Lesão de endotélio (traumatismo): tabagismo, história prévia de trombose conhecida, cirurgias, cateteres, pacientes com mais de 40 anos de idade, entre outros.
- Alteração do fluxo (estase): DPOC, queimaduras, gravidez, idade, inatividade física no pós-operatório, imobilizações por mais de 3 dias, cirurgias de grande porte, fratura de quadril ou joelho, viagens prolongadas com pouca mobilidade, entre outras.

Em condições normais, o revestimento endotelial dos vasos não é uma superfície favorável à trombose. Os diversos componentes celulares do sangue interagem com as células endoteliais para inibir a formação de trombos. Esses componentes, como as plaquetas, liberam diversos fatores antitrombóticos, como a plasmina e a trombomodulina (BATTINELLI; MURPHY; CONNORS, 2012).

A principal manifestação da trombose se dá pela Trombose Venosa Profunda (TVP) e pelo Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Grande parte dos sinais e sintomas são decorrentes do processo fisiopatológico da doença, o que demanda não só o diagnóstico clínico, mas também aquele realizado por meio de exames complementares para diferenciar TVP e TEP (BATTINELLI; MURPHY; CONNORS, 2012). A falha diagnóstica pode levar a comorbidades permanentes ou, inclusive, ser fatal (ALBRINCKER *et al.*, 2022).

A Trombose Venosa Profunda é uma afecção frequente e potencialmente fatal, sendo a TEP a sua principal complicação e, também, a primeira causa de morte evitável no ambiente intra-hospitalar (ALBRINCKER *et al.*, 2022). A Trombose Venosa Profunda é considerada uma morbidade de grande impacto socioeconômico, visto que a complicação crônica, pela síndrome pós-trombótica, impacta diretamente na qualidade de vida do paciente, que desenvolve prejuízos de capacidade funcional, como dor, baixa vitalidade, problemas relacionados à saúde mental e limitações físicas/emocionais (MAIA *et al.*, 2014).

O Tromboembolismo Pulmonar, ou embolismo pulmonar apenas, é definido como obstrução de uma ou mais artérias pulmonares. Em grande parte das ocorrências, é decorrente de coágulos sanguíneos originados de uma TVP dos membros inferiores que chegam às artérias pulmonares.

Para o diagnóstico complementar, no caso da TVP, o ultrassom venoso com doppler tem se mostrado extremamente útil e deve ser o primeiro teste diagnóstico a ser realizado, visto ser de baixo custo, alta sensibilidade (89%-100%) e alta especificidade (86%-100%) (BATTINELLI; MURPHY; CONNORS, 2012).

Já para o TEP, o diagnóstico pode ser um pouco mais complexo, em decorrência de diversos diagnósticos diferenciais que podem ser realizados pela associação de sinais e sintomas. No entanto, o diagnóstico mais utilizado é a angiogramografia pulmonar, um exame caro para o Sistema Único de Saúde e nem sempre disponível no interior ou em pequenos centros (BATTINELLI; MURPHY; CONNORS, 2012).

O Score de Wells é uma ferramenta clínica utilizada para estimar a probabilidade de tromboembolismo venoso (TEV) em pacientes suspeitos de apresentar essa condição. A pontuação é baseada em fatores clínicos, incluindo a presença de sintomas, fatores de risco e sinais clínicos e físicos de TVP ou embolia pulmonar. O escore é calculado somando-se pontos para cada fator clínico e estabelecendo um limite para identificar se o paciente tem baixa, moderada ou alta probabilidade de TEV (WELLS *et al.*, 1997).

O Score de Wells é um sistema de pontuação que ajuda a estimar a probabilidade de um paciente apresentar tromboembolismo venoso (TEV), ou seja, trombose venosa profunda (TVP) ou embolia pulmonar (EP). Ele é baseado em fatores clínicos e físicos, como a presença de sinais e sintomas de TVP ou EP, fatores de risco para TEV e outras condições que possam explicar os sintomas do paciente. O score de Wells inclui os seguintes itens: Sinais e sintomas de TVP (ex: dor na perna, inchaço); outro diagnóstico menos provável do que TVP/EP (ex: lesão muscular, artrite); história de TVP ou EP; fatores de risco para TVP/EP (ex: imobilização, câncer); pulso arterial menor que 100 bpm; hemoptise (presença de sangue ao tossir); probabilidade clínica alta para TEV (WELLS *et al.*, 1997).

Cada item é pontuado de acordo com seu valor relativo, variando de 1 a 3 pontos. A pontuação total é calculada pela soma dos pontos de cada item e varia de -2 a 9 pontos. Com base na pontuação, o paciente é classificado em uma das três categorias: baixa probabilidade (pontuação menor ou igual a 1); probabilidade moderada (pontuação entre 2 e 6); ou alta probabilidade (pontuação maior ou igual a 7). O Score de Wells é uma ferramenta útil para ajudar a determinar a probabilidade de TEV em um paciente, mas não deve ser usada isoladamente para fazer um diagnóstico. Ele deve ser usado em conjunto com outros métodos de diagnóstico, como exames de imagem, e a decisão final sobre o diagnóstico e tratamento deve ser baseada na avaliação clínica do médico (WELLS *et al.*, 1997).

2.1.2 Aneurisma de Aorta

O Aneurisma de Aorta (AA) é considerado uma dilatação localizada, maior que 50%, do diâmetro da luz esperada em um determinado segmento aórtico. A incidência dos AAs vem aumentando nas últimas décadas, em decorrência da elevação da expectativa de vida da população e do aumento e aperfeiçoamento dos métodos

diagnósticos (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Segundo os autores, a incidência do aneurisma de aorta abdominal (AAA) é de 25 por 100.000 pacientes/ano.

O Aneurisma de Aorta se caracteriza por ser uma patogênese multifatorial, que tem contribuição de fatores ambientais e genéticos e muitas vezes ocorre em decorrência de causas degenerativas, como a aterosclerose. A pressão arterial elevada também pode contribuir para o seu desenvolvimento. O aneurisma pode causar complicações graves, como o rompimento da parede da artéria, isquemia e necrose dos órgãos próximos (SIQUEIRA, 2021). Grande parte dos pacientes são assintomáticos e o diagnóstico é feito por uma descoberta inesperada; o principal sintoma é a dor abdominal intensa e aguda, podendo ter irradiação ao trato inguinal e/ou reto e testículos (MOTA *et al.*, 2022).

A mortalidade de pacientes com AA é associada significativamente ao rompimento deste, de modo a provocar um quadro clínico de hemorragia abdominal, demandando a necessidade de correção cirúrgica de emergência, para evitar o óbito. Preferivelmente, indica-se realizar o tratamento forma eletiva, a fim de evitar a ruptura da Aorta (BECKER; BONAMIGO; FACCINI, 2020). Pesquisas indicam que a morbimortalidade dos acometidos por AA pode chegar a 8% em homens com mais de 65 anos e quando ocorre a rotura da Aorta observa-se o óbito do paciente em 80% dos casos (MOTA *et al.*, 2022).

Não se identifica a existência de tratamento medicamentoso eficaz que possa prevenir a rotura ou impedir o curso clínico da doença, no entanto, terapias com estatina, exames de imagem regulares, controle de fatores de risco cardiovascular e terapia antiplaquetária são úteis na condução do paciente assintomático (MOTA *et al.*, 2022).

A ultrassonografia abdominal é considerada a principal forma de rastreamento do AA, devido a sua alta especificidade e sensibilidade, custo baixo e principalmente pela característica de ser seguro, por ser uma técnica não invasiva que pode ser realizada inclusive a nível ambulatorial (ASCANIO; VÁZQUEZ; GAINZA, 2021). Já a angiotomografia é reservada comumente ao planejamento cirúrgico, devido ao alto custo e baixa disponibilidade no SUS. Com ela, é possível avaliar o acometimento dos ramos da Aorta, o tamanho, localização e calcificações dentro do aneurisma (MOTA *et al.*, 2022).

2.1.3 Doença Arterial Obstrutiva Periférica

A Doença Arterial Obstrutiva Periférica (DAOP) é uma condição na qual há uma redução do fluxo sanguíneo para as pernas e pés devido ao estreitamento ou obstrução das artérias (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Segundo Oliveira *et al.* (2022), o óbito em decorrência da DAOP teve um aumento de cerca de 96% entre 1990 e 2019. Segundo Neto e Nascimento (2007), a DAOP apresenta uma prevalência de 10 a 25% na população com mais de 55 anos, com aproximadamente 75% dos pacientes assintomáticos para a doença.

Dentre os fatores de risco conhecidos para a DAOP estão: a idade avançada, o tabagismo, a Diabetes Melito, a hiperlipidemia e a hipertensão arterial. Novos estudos indicam que fatores como raça, etnia, genética, a presença de certos fatores inflamatórios e trombofilias podem influenciar a incidência da doença e seus desfechos (NETO; NASCIMENTO, 2007).

O diagnóstico da DAOP é realizado pelo exame físico minucioso, com sinais e sintomas clínicos sugestivos como a ausência ou redução de pulsos periféricos, alteração da pele do membro afetado e frêmitos arteriais. Já a confirmação da gravidade da obstrução vascular é realizada por meio do índice tornozelo-braço (ITB). O diagnóstico pode correr com o auxílio do Doppler de ondas contínuas e um esfigmomanômetro, com o qual deve-se medir a maior pressão sistólica das artérias tibial posterior e dorsal do pé, para posterior cálculo (SAVINO NETO; NASCIMENTO, 2007).

2.1.4 Insuficiência Venosa Crônica

A Insuficiência Venosa Crônica (IVC) é uma doença que acomete o funcionamento venoso, provocada por uma falha das válvulas do coração, que pode estar associada à obstrução do fluxo sanguíneo. A IVC pode acometer tanto o sistema venoso superficial como o sistema venoso profundo e até ambos ao mesmo tempo. As ulcerações representam o estágio mais avançado da doença (BERTOCHI; GOMES; MARTINS, 2019; CARROLL; PINTO; SANINA, 2019).

A IVC de membros inferiores é causada principalmente pela hipertensão venosa associada à falha no sistema valvular, entre outros fatores, e essas alterações provocam estase sanguínea. Atualmente, a doença afeta cerca de 30% da população

adulta no mundo e se caracteriza por provocar dor, edema, alterações nos tecidos, coceira e varizes (DEAK, 2018).

Esses sinais e sintomas acabam por interferir diretamente na qualidade de vida, principalmente devido à intensidade e característica da dor, que pode ser latejante, a gravidade do edema, e associação com processo inflamatório. A IVC costuma diminuir a qualidade de vida das pessoas acometidas, visto que os sintomas acabam impactando diretamente sua capacidade funcional e realização de atividade física, o que, por sua vez, compromete ainda mais o prognóstico da patologia (OZBERK *et al.*, 2018).

As opções de tratamento são conservadoras ou invasivas, partindo de fisioterapia e prática de exercícios que previnam e tratem as complicações até intervenção cirúrgica. Normalmente, a terapia conservadora busca, principalmente, fortalecer a musculatura periférica para colaborar com o retorno venoso (PETTO *et al.*, 2016).

O tratamento tem por objetivo minimizar os sintomas e prevenir futuras complicações. Deve sempre começar por questões simples de melhoria dos hábitos de vida como atividade física, alimentação saudável, destinada à perda de peso, melhoria das condições de trabalho, evitando ficar em pé, ou sentado, por muito tempo, fazendo intervalos e pausas (COURTOIS; ZAMBON, 2019).

2.1.5 Pé Diabético

O Pé Diabético é uma complicação advinda do Diabetes mellitus (DM) mal controlado, sendo a doença que mais provoca amputação de membro inferior. Vale lembrar que o DM é uma patologia metabólica provocada por deficiência de insulina, (responsável pelo controle da glicose no sangue), causando hiperglicemia. Esta, por sua vez, provoca alterações micro e macrovasculares, além das neuropáticas (MILECH, 2004).

A grande preocupação é que a DM apresenta crescimento exponencial, principalmente em decorrência do aumento da expectativa de vida da população, mas também pelos hábitos de vida que têm provocado um aumento do tipo 2 em pessoas entre 20 a 45 anos. Logo, o aumento no número de pacientes com DM leva a um aumento de casos de Pé Diabético (LOPES *et al.*, 2021).

O Pé Diabético acontece devido à neuropatia, que provoca a perda de sensibilidade local, e isso acaba por determinar feridas complexas que levam até a

amputação do membro. Sabe-se que entre 10 e 25% de pacientes com diabetes com mais de 70 anos desenvolvem lesões em membros inferiores e, destes, até 24% precisam amputar o membro (LOPES *et al.*, 2021).

Ocorre que o comprometimento da microvasculatura dos vasos sanguíneos neuronais provoca um processo crônico, definido como neuropatia diabética. Devido a esses tecidos não necessitarem de insulina para suas atividades de transporte, a hiperglicemia lesiona as células. Essa lesão causa o comprometimento do sistema nervoso periférico, mais comumente nos membros inferiores (FERREIRA *et al.*, 2011).

A neuropatia provocada pelo processo hiperglicêmico, em 90% dos casos, causa lesão nos pés, o famoso pé diabético. Essa lesão pode se associar à infecção, ou não, e evoluir para a ulceração e morte de tecidos profundos. Normalmente, nesses casos, o resultado é a amputação do membro, se o tratamento e cuidado adequados não forem estabelecidos (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Essa patologia é uma grande preocupação em Saúde Pública, pois é a maior causa de internamentos de longa duração, gerando altos custos sociais e financeiros (SANTOS *et al.*, 2015).

Como opções de tratamento, identificam-se os cuidados gerais com a lesão, uso de antibióticos para tratar a infecção e o controle da isquemia local. Além disso, a prevenção é a melhor medida de cuidado, assim, pacientes diabéticos devem ter especial atenção ao comprometimento vascular. O tratamento cirúrgico normalmente está relacionado ao desbridamento para retirada de tecido morto ou, em casos mais graves, a amputação (SANTOS *et al.*, 2015).

2.2 Regulação da Atenção às Doenças Vasculares no Brasil

No Brasil, a APS é a principal porta de entrada da população no SUS. Dessa forma, cabe a esse nível da assistência oferecer atenção integral e biopsicossocial durante o processo de saúde-doença, com ações que visem à promoção, prevenção cura e reabilitação dos usuários, incluindo os encaminhamentos para outras especialidades médicas, não médicas e hospitais (PINTO *et al.*, 2017).

Assim, o processo de regulação da assistência à saúde contempla a necessidade de disciplinar o acesso às ações e aos serviços de saúde, com destaque para a realização de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com quadro clínico de maior risco, quando observada a necessidade e ou indicação clínica, oriundos de serviços de saúde em tempo oportuno (BRASIL, 2016).

Atinente a isso, com o intuito de mitigar os aspectos adversos, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria GM/MS n° 1.559, de 1º/08/2008, que define a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Segundo essa portaria, seu objetivo é fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, bem como promover o acesso equânime, universal e integral dos usuários a estes, além de aperfeiçoar a utilização dos serviços em busca da qualidade da ação, da resposta adequada aos problemas clínicos e da satisfação do usuário, sem que haja a fragmentação do cuidado (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Regulação do SUS está organizada em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si, sendo: - Regulação sobre sistemas; - Regulação da atenção; - Regulação do acesso (BRASIL, 2008). Todavia, esta pesquisa versará apenas a respeito da Regulação do Acesso à Assistência.

A Regulação do acesso, ou regulação assistencial, aborda a gestão da organização, a realização de controle, o estabelecimento de prioridades no acesso das necessidades identificadas, bem como dos respectivos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Essa abordagem incorpora a regulação médica, posicionando a autoridade sanitária como fundamento para a garantia do acesso (BRASIL, 2008).

Essa regulação é efetivada pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos às urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários. Nesse contexto, a regulação incorpora as seguintes ações:

(...) regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados (BRASIL, 2008, s.p.).

No entanto, ao serem encaminhados da APS para atenção especializada, os usuários necessitam superar obstáculos, tais como: os usuários são atendidos por inúmeros profissionais de saúde antes de serem tratados; as informações a respeito do paciente são geradas em diferentes lugares; o aconselhamento ou as intervenções são de curta duração e há casos em que os especialistas tratam de um paciente específico por um longo período de tempo, devido à presença de um distúrbio específico, não liberando vagas para atendimento de novos pacientes (PINTO *et al.*,

2017). Segundo Pinto *et al.* (2017), esse conjunto de fatores dificulta a coordenação do cuidado ao paciente pela APS.

Nesse cenário, o auxílio no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados é elaborado por meio de protocolos específicos, os quais se posicionam como ferramentas de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes, quanto se constituem como referência destinada a modular a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores (BRASIL, 2016).

Os protocolos exercem ainda a função de filtro para as ocorrências de encaminhamentos desnecessários. Em análise das virtudes do protocolo de encaminhamento, observa-se a atribuição de orientar e eleger o acesso dos enfermos às consultas e/ou procedimentos somente quando identificada a necessidade clínica para tal. Sua aplicação de forma adequada proporciona expandir o cuidado clínico e a efetividade dos atendimentos, além de otimizar os recursos envolvidos, mitigando movimentações desnecessárias e, assim, proporcionando melhor emprego dos atores e materiais envolvidos e, adicionalmente, uma melhor gestão das listas de espera (BRASIL, 2016).

Entretanto, o atendimento dos protocolos de forma efetiva depende do entendimento das informações necessárias referentes ao paciente, a fim de determinar a necessidade da consulta, do atendimento ou procedimento especializado. Assim, estabelecer protocolos que determinem o formato dos encaminhamentos, bem como sua organização, otimiza o trabalho do serviço de regulação e diminui a prestação de serviços, por vezes, desnecessários, os quais oneram o sistema de saúde e impactam no paciente, que nunca vê seu problema resolvido (BRASIL, 2016). Ressalta-se a importância de estabelecer um fluxo institucional de comunicação (referência e contrarreferência) entre a equipe que encaminhou e o serviço para qual o usuário foi encaminhado (BRASIL, 2016).

No município de Campo Mourão-PR o sistema de referência e contrarreferência funciona através de formulário impresso (ANEXO C). O médico da APS, ao examinar o paciente e verificar a necessidade de encaminhamento para serviço especializado, deve preencher a guia de referência, que é levada pelo próprio paciente ao médico especialista no ato da consulta.

Nessa guia, o médico da família deve preencher as informações do paciente: nome, UBS de origem, idade e, principalmente, a história clínica, os achados no

exame físico, resultados de exames complementares que já foram realizados, impressão diagnóstica para o caso, terapêutica já utilizada, detalhes da posologia, e solicitações ao médico especialista que vai receber o paciente.

O especialista, por sua vez, deve realizar o preenchimento da contrarreferência, após realizar sua conduta para o determinado caso, e orientar o paciente a voltar à UBS e entregar a guia ao médico da família, para que este continue acompanhando o caso e prestando o atendimento e cuidados necessários.

Na contrarreferência, cabe ao especialista preencher a avaliação clínica realizada, o diagnóstico provisório ou definitivo, a investigação diagnóstica com exames complementares solicitados, a terapêutica diagnóstica, a solicitação de prazo para retorno ou dispensa dele, as solicitações ao médico da UBS e as informações profissionais.

O que se observa é que na maioria das vezes os encaminhamentos não são realizados adequadamente, o médico da UBS encaminha apenas um receituário com a queixa do paciente, colocando o motivo do encaminhamento. Com a implantação do prontuário eletrônico, médicos que utilizam o mesmo sistema conseguem se comunicar através desse canal, porém não são todos os profissionais que possuem e fazem seu preenchimento de maneira correta.

2.3 Redes de Atenção em Saúde (RAS)

As Redes de Atenção em Saúde RAS surgiram na década de 1920, no Reino Unido, a partir de uma discussão acerca do sistema de saúde local, após a primeira Guerra Mundial. Foi elaborado então um documento com a primeira ideia de organização de sistemas de saúde regionais para o atendimento da população.

Na proposta, essa organização deveria oferecer serviços de saúde acessíveis a todos, mas ainda bastante centrados nos hospitais. A ideia de Redes de Atenção ainda teve marcos importantes e até hoje atuais, como a reunião de Alma-Ata, que ocorreu no ano de 1978 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011).

Entretanto, desde o início, o plano de criação de redes regionais de saúde passou por dificuldades, uma delas foi a fragmentação dos serviços de saúde. Oportunamente, em 1990, nos Estados Unidos, a discussão de rede foi retomada com maior vigor, com o intuito de auxiliar na superação dos problemas da época. O investimento público em saúde foi direcionado à Atenção Primária, atendendo população adscrita, com oferta de serviços contínuos às pessoas (KUCHNIR;

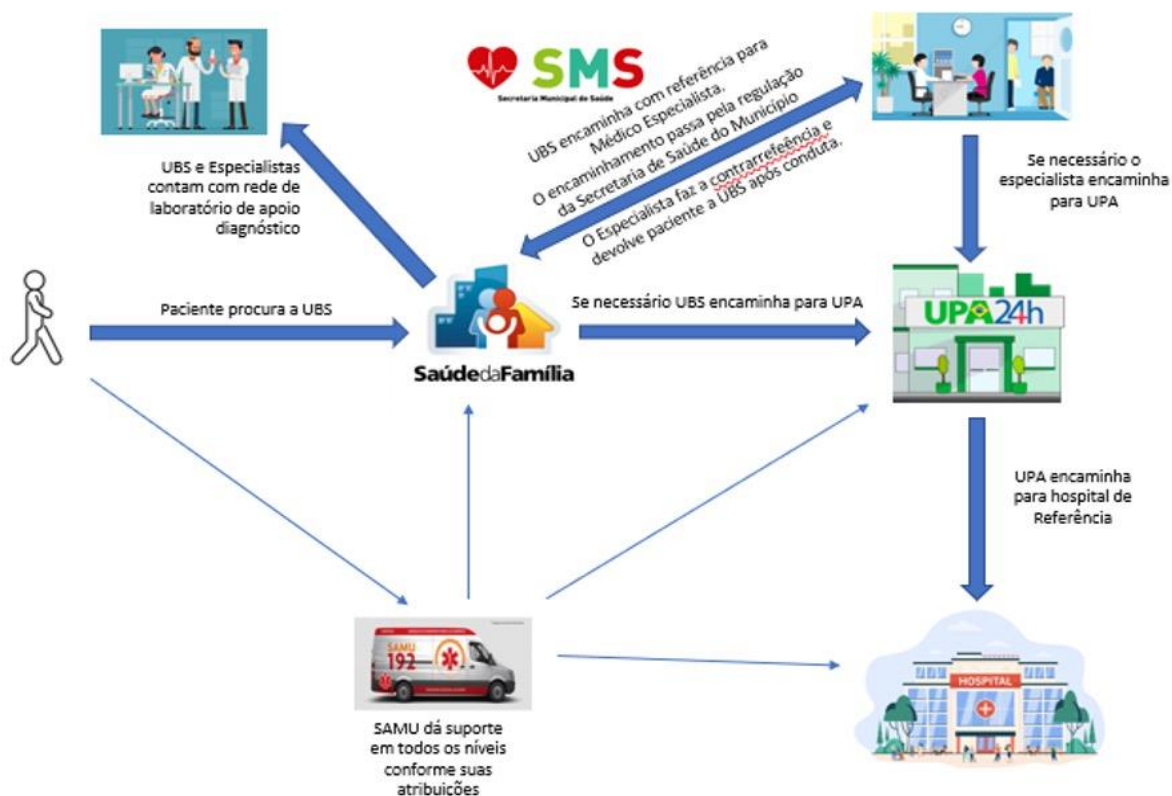
CHORNY; LIRA, 2010). Essa experiência foi posteriormente difundida em países desenvolvidos. Já na América Latina, pode-se dizer que as RAS são temas e propostas relativamente recentes (MENDES, 2008; KUCHNIR; CHORNY; LIRA, 2010).

É consenso na literatura que as RAS devem ser pautadas a partir de uma Atenção Primária bem estabelecida, com capacidade de resolução e cuidado das necessidades da população. Dessa forma, são as que apresentam resultados mais eficazes em relação às redes que não usam a APS como modelo e base (MENDES, 2008).

No município de Campo Mourão – PR, as RASs também usam como base as Unidades Básicas de Saúde para sua organização. As UBSs têm como referência especialistas para atendimento em nível secundário, uma rede de laboratórios e clínicas de imagem com função de apoio diagnóstico, e uma Unidade de Pronto Atendimento que é referência para casos de urgência e emergência.

É na UPA que os pacientes são estratificados e encaminhados, em caso de necessidade, para atenção terciária, composta por dois hospitais locais que são referência. O SAMU 192 – Serviço de Atendimento Móvel e Urgência é utilizado em todos os níveis conforme necessário e possibilidade de atuação. A Figura 2 ilustra como é a organização atual de RAS no município de Campo Mourão – PR.

Figura 2 - Rede de Atenção à Saúde de Campo Mourão – PR



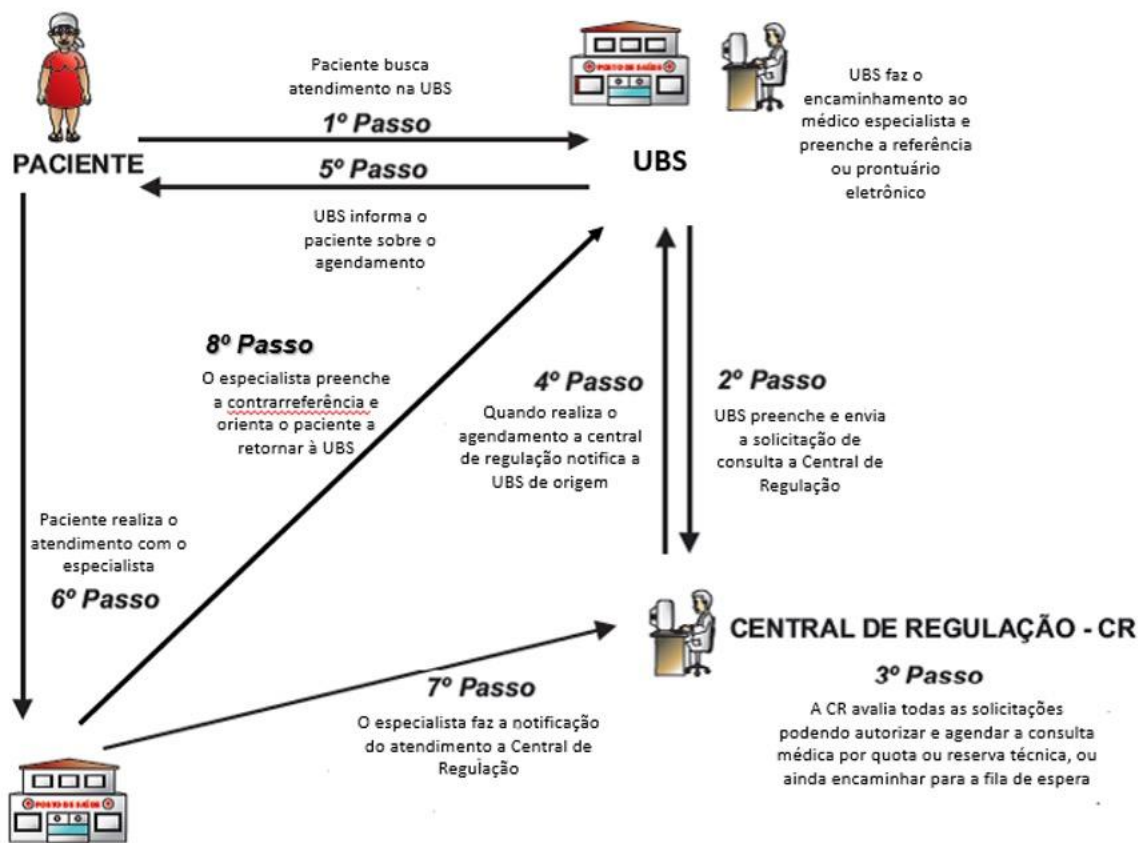
Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

O atendimento na especialidade de Cirurgia Vascular e Angiologia (referente a janeiro de 2023) no município de Campo Mourão – PR conta com seis profissionais, e, destes, apenas três atendem a pacientes do SUS, no entanto, um deles realiza apenas exames diagnósticos.

O último dado sobre pacientes em fila de espera para atendimento de Cirurgia Vascular fornecido, de maneira informal, pela Secretaria Municipal de Saúde é de agosto de 2021. Na época, a lista de espera contava com 2167 pacientes aguardando atendimento; destes, 1910 para primeira consulta e 257 aguardando retorno. O paciente que está há mais tempo na fila é de 12 de agosto de 2015. Esses dados ilustram como é escasso o atendimento na especialidade de Cirurgia Vascular.

A Figura 3 ilustra como ocorre o processo de encaminhamento dos pacientes para atendimento em cirurgia vascular e outras especialidades no município.

Figura 3 - Ilustração do sistema de regulação do município



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

O município de Campo Mourão passa pelo processo de estruturação de prontuário eletrônico em todas as Unidades Básicas de Saúde. Por isso, em alguns casos, a referência e a contrarreferência utilizada é o próprio registro em prontuário eletrônico do paciente, porém alguns especialistas não contam com o mesmo sistema de prontuário das UBSs nos serviços onde realizam o atendimento. Nesses casos, a ficha de referência e contrarreferência deve ser preenchida e encaminhada junto ao paciente.

As vantagens do uso de prontuário eletrônico em comparação com o prontuário em papel incluem o fácil acesso, a maior segurança e privacidade das informações do paciente, a eficiência no atendimento, o gerenciamento organizado dos dados e a sustentabilidade ambiental. Além disso, permite atualização e compartilhamento rápido de informações, enquanto o de papel pode ser extraviado ou acessado sem autorização. Em função dessas vantagens, a adesão ao prontuário eletrônico vem aumentando nos serviços de saúde.

Este capítulo apresentou o contexto teórico que subsidia o desenvolvimento da pesquisa. O próximo capítulo apresenta a metodologia empregada no estudo.

3 METODOLOGIA

Este capítulo contempla os procedimentos metodológicos que foram empregados apresentando as ferramentas utilizadas, informando a adequação delas no atendimento dos objetivos propostos.

3.1 Tipo de estudo

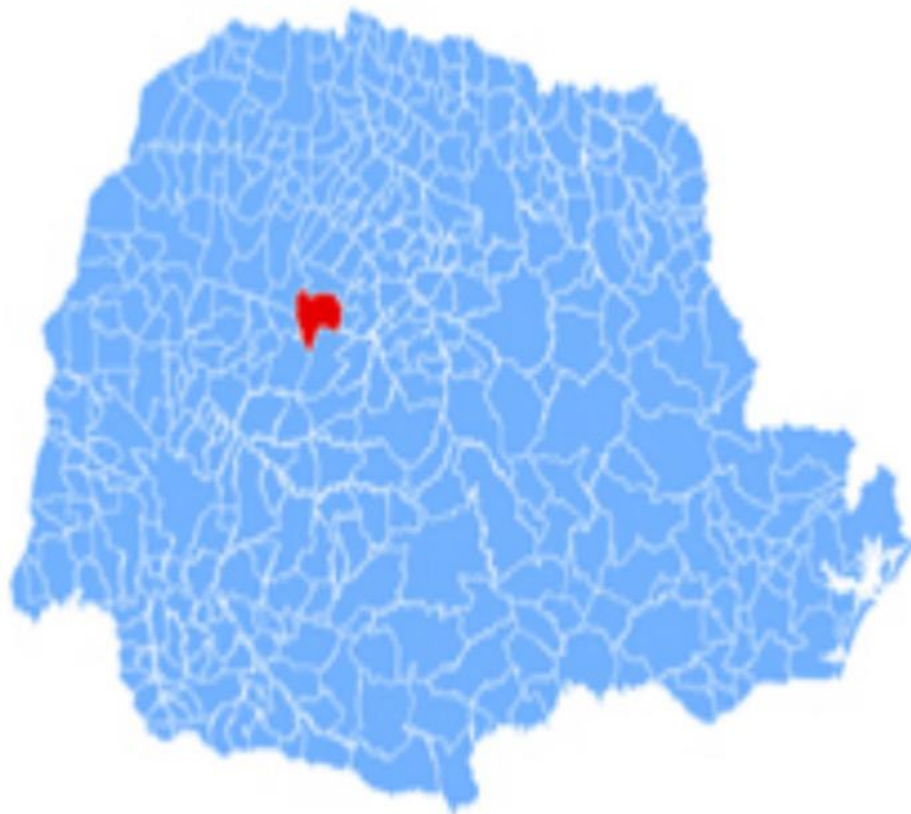
O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa e qualitativa e de natureza aplicada. A pesquisa quantitativa tem suas raízes fundamentadas no raciocínio lógico, busca salientar o raciocínio dedutivo, a lógica e questões mensuráveis da experiência humana. Enfoca uma pequena quantidade de conceitos, utilizando procedimentos estruturados e instrumentos formais pela coleta de dados, e analisa dados numericamente mensuráveis (ROUQUAYROL; GURGEL, 2013).

O estudo qualitativo descritivo se caracteriza pela abordagem que permite a realização de uma análise do tema sob a perspectiva dos sujeitos, considerando as crenças, valores, atitudes e relação com o objeto de estudo (MINAYO, 2014). Para tanto, deve-se evitar o uso de número para interpretação dos dados, buscando perceber e analisar a questão, envolvendo os colaboradores, baseando-se nas suas interpretações, comportamentos e relações sociais (BAUER; GASKELL; ALLUM, 2015).

3.2 Local do estudo

O estudo foi realizado na cidade de Campo Mourão - Paraná. O município conta com área total de 87.194 Km², população estimada em 93.547 pessoas (IBGE 2016). Localiza-se no centro-oeste paranaense, situando-se nas rotas de integração para os principais centros urbanos do país e do Mercosul. É conhecida nacionalmente como a Terra do Carneiro no Buraco, é a 21^a entre as 50 cidades mais populosas do Paraná (CAMPO MOURÃO, 2022).

Figura 4 - Mapa da Localização do Município de Campo Mourão – PR



Fonte: IPARDES (2023, p. 1)¹.

No aspecto relacionado aos domicílios de Campo Mourão, há uma grande concentração de pessoas na zona urbana, expressa no grau de urbanização de 94% da população. Com relação às etnias, a população de Campo Mourão declara-se predominantemente branca.

Quanto à taxa de envelhecimento do município, esta vem aumentando em relação aos anos anteriores, chegando ao total de 7,57% de idosos no ano de 2010, desempenho este superior ao do estado do Paraná, de 7,55% (CAMPO MOURÃO, 2022).

O município apresenta abastecimento de água canalizada em 99% dos domicílios e com esgoto sanitário em 99,9% das residências. Sua destinação de lixo coletado é de 97% e, finalmente, 99,8% dos domicílios possui energia elétrica. As principais atividades econômicas do município são o agronegócio e indústrias das áreas de: alimentos, adesivos, eletrônica e têxtil, entre outras. Todas essas

¹ Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87300>. Acesso em: 10 out. 2022.

informações disponibilizadas foram coletadas junto a órgãos públicos de informação do próprio município (CAMPO MOURÃO, 2022).

Em relação à saúde, o município possui uma APS organizada em uma Rede de Atenção Integral à Saúde, com Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Atenção Secundária e Terciária de Saúde são sistemas de apoio à rede em que se prestam serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (CAMPO MOURÃO, 2022).

O município conta com 16 Unidades Básicas de Saúde, cinco postos de atendimentos na zona rural (São Benedito, Rio da Várzea, Alto Alegre, Km 128 e Barreiro das Frutas) e uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), uma Unidade de Pronto Atendimento no Lar Paraná, um Centro de Atenção Integral à Mulher e a Criança. O município conta também com 22 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), oito equipes de Estratégia Saúde da Família com Saúde Bucal (ESFSB) e duas equipes de Núcleo de Apoio à Família (NASF), que juntas oferecem uma cobertura populacional estimada de 76,38% (CAMPO MOURÃO, 2022).

A regulação do SUS, no Estado do Paraná, está definida e organizada pela Portaria nº 1.559, de 1º/08/2008, que determina a Política Nacional de Regulação. Desse modo, o Estado do Paraná fica responsável pela organização, gerenciamento, controle e definição de prioridades do acesso e dos fluxos do SUS, bem como da Regulação do Acesso à Assistência (BRASIL, 2008).

Em 1995, o Estado do Paraná deu início ao Complexo Regulatório com a sistematização do atendimento nos hospitais e ambulatórios. Esse Complexo Regulatório, no decorrer dos anos, foi objeto de alterações destinadas a ofertar melhores serviços.

O Paraná, atualmente, se encontra em processo de implantação do sistema informatizado de regulação, o Care Paraná, com a proposta de realizar atendimento *on-line*, no qual o sistema incorpora a regulação dos seguintes serviços: - atendimento ambulatorial de consultas, - agendamento de exames especializados; - ocorrências de internações ambulatoriais; oferta de leitos eletivos; - faturamento de AIH, APAC e SAMU (CAMPO MOURÃO, 2022).

3.3 População e período do estudo

A pesquisa foi realizada junto aos médicos que atuam nas unidades de saúde do município escolhido. Campo Mourão conta com 22 Equipes de Estratégia de Saúde

da Família (ESF). O critério de elegibilidade para os participantes foi: atuar nas unidades há pelo menos três meses. Assim, durante os meses de agosto a novembro de 2022 foram entrevistados 10 profissionais médicos que atuam nas UBS. Foram excluídos médicos temporários ou que estavam apenas cobrindo períodos de férias e licença nas Unidades de Saúde, bem como aqueles que se recusaram a participar da entrevista ou que não retornaram o contato após três tentativas, sendo que pelo menos uma delas se deu pessoalmente.

3.4 Coleta de dados

A técnica de coleta de dados foi a entrevista semiestruturada, realizada no período entre agosto e novembro de 2022. O roteiro de entrevistas foi composto por questões referentes à caracterização do profissional entrevistado, ao processo de encaminhamento dos pacientes. Foram abordadas as facilidades e dificuldades durante o encaminhamento daqueles diagnosticados com doenças vasculares da atenção primária à saúde para um serviço especializado em cirurgia vascular (APÊNDICE A).

Para a construção do instrumento, visando sua adequação e qualificação, a pesquisadora realizou um primeiro teste-piloto com um profissional que já havia atuado na Atenção Primária à Saúde, a data desse encontro foi dia oito de agosto de 2022, o qual demonstrou que o questionário não precisava de alterações. Ressalta-se que, antes de iniciar as entrevistas, a pesquisadora explicou ao profissional o projeto e após seu aceite coletou assinatura no Termo de Consentimento Livre esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), em duas vias, uma cópia para o entrevistado e outra para a pesquisadora.

A avaliação sobre o conhecimento dos profissionais sobre o processo de regulação foi aplicada através de um questionário composto por perguntas estruturadas em escala de Likert.

A aplicação da pesquisa foi mediada pela pesquisadora principal, que realizou contato prévio com os entrevistados e agendou data para realizar a entrevista. No dia, para maior privacidade do entrevistado, forneceu um formulário com as perguntas, que foram respondidas individualmente em uma sala reservada da unidade de saúde. Todos os questionários foram preenchidos à mão e posteriormente as respostas dos participantes foram gravadas e transcritas em formulário eletrônico para análise, após

seu consentimento, com a finalidade de proporcionar um registro fidedigno às respostas dos questionamentos feitos.

As transcrições dos discursos, também para formulário eletrônico, foram efetuadas próximas do momento das entrevistas, pela própria pesquisadora, para evitar o esquecimento de detalhes sobre os fatos e os acontecimentos que ocorreram. Como as questões qualitativas também foram preenchidas à mão, a entrevistadora leu cada uma ao final para esclarecer possíveis dúvidas e diagnosticar dificuldades de compreensão da escrita. Para resguardar a identidade dos participantes, eles receberam um código, a letra M (médico), seguida de uma numeração que indica a ordem em que ocorreu a entrevista.

3.4.1 Instrumento para coleta de dados

O instrumento aplicado aos profissionais médicos foi elaborado incorporando a abordagem qualitativa e quantitativa. Ao todo, foram 30 perguntas, divididas nos seguintes subitens: caracterização da amostra e dados sobre o conhecimento dos profissionais em relação aos processos de regulação para serviços de Atenção Secundária do Município. No âmbito qualitativo foram elaborados cinco itens. No primeiro item a finalidade era conhecer as características dos pacientes encaminhados ao atendimento médico especializado e em evidência para Cirurgia Vascular, e os demais itens sobre as dificuldades encontradas para esses encaminhamentos.

No tocante à abordagem quantitativa foram elaborados 14 itens, que seguiram o modelo de escala de Likert. A escala utilizada tinha valores de 1 a 4, sendo o valor quatro (4) o que representava a avaliação com maior convicção do entrevistado, ao passo que o valor um (1) se caracterizava como o de menor certeza do entrevistado em relação ao questionamento apresentado a ele. Adicionalmente, o questionário apresentou a opção de resposta “Não sei / Não me lembro”; essa opção possibilita ao respondente se manifestar sem condições de avaliar um item ao qual não se lembrava da resposta, ou mesmo que não desejava se manifestar.

3.5 Análise dos dados

Os dados de caracterização dos médicos foram organizados em um banco de dados no programa Microsoft Excel®. A análise de dados foi de abordagem qualitativa e quantitativa. Para a análise quantitativa foi utilizada a análise descritiva, com

frequência e percentual das respostas aos itens do instrumento, além da caracterização da amostra.

Para as questões semiestruturadas, foi utilizada a Análise de Conteúdo (AC), proposta por Bardin (2016, p. 65), sendo definida como: “(...) um conjunto de técnicas de análise de comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens”, seguindo as seguintes etapas (BARDIN, 2016, p. 88):

- 1º) Pré-análise dos dados: fase de organização dos dados brutos, cujo objetivo é sistematizar as ideias iniciais por meio de leituras flutuantes para estabelecer contato com os documentos. Tem como regras principais a exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência;
- 2º) Exploração do material e formação de categorias: classificação dos dados por diferenciação, e em seguida, reagrupamento segundo critério semântico, para obtenção das categorias temáticas;
- 3º) Tratamento das categorias obtidas e interpretação: seleção das categorias significativas juntamente com as inferências e a opinião de outros autores.

Buscou-se nos dados levantados a identificação de padrão comum de resposta para as categorias de interesse desta pesquisa. A partir desses dados se estabeleceu o propósito do produto proposto por este estudo.

3.6 Aspectos Éticos

Para que a pesquisa fosse realizada, o projeto passou pela aprovação da Secretaria Municipal de Saúde Pública de Campo Mourão - PR e do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 466/2012, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no país, com parecer consubstanciado de aprovação nº 5.617.221 (ANEXO A).

Ainda, os entrevistados foram numerados de M1 a M10, para garantir o máximo de sigilo dos respondentes. O próximo capítulo apresenta os dados empíricos coletados por meio dos instrumentos aqui apresentados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

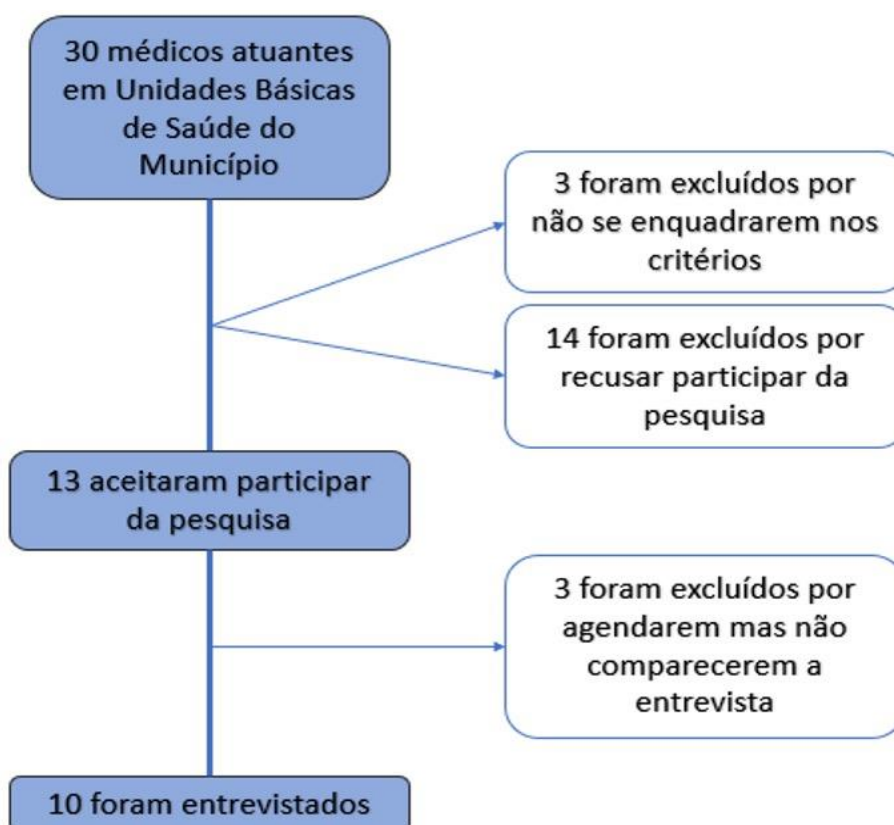
Os dados coletados na pesquisa empírica são apresentados neste capítulo. Os dados são apresentados no mesmo sequenciamento em que foram realizadas as respectivas coletas.

4.1 Caracterização Sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica foi elaborada no intuito de estabelecer o perfil dos respondentes. Retomando, os entrevistados se configuram como profissionais formados em medicina que já haviam atuado na Atenção Primária à Saúde (APS) da Cidade de Campo Mourão.

O questionário foi encaminhado a 30 médicos elegíveis para a pesquisa, no entanto, somente 10 se disponibilizaram a participar, conforme a Figura 5, após serem abordados pessoalmente, com o formulário impresso.

Figura 5 - Fluxograma dos participantes da pesquisa



Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

Dentre os respondentes, identificou-se seis (6) entrevistados do sexo masculino, correspondendo assim a 60% da amostra; outros quatro (4) respondentes são do sexo feminino.

Outro tópico de interesse está relacionado à idade dos profissionais, nesse quesito identificou-se que apresentam idade média de 31,8 anos. Na análise da variável de ter desenvolvido a Residência Profissional, observou-se que nenhum dos entrevistados realizou residência médica.

Quanto ao tempo de formação, foi possível identificar que seis (6) respondentes se formaram há um período entre dois (2) e quatro (4) anos, caracterizando assim a maioria dos entrevistados com baixo tempo de atuação profissional. Os dados também indicam que a maioria dos respondentes iniciou sua atividade com médico na Atenção Primária à Saúde assim que concluíram o curso de medicina, logo o tempo de atuação na APS é semelhante ao de formação.

Tabela 1 - Dados sobre a caracterização dos profissionais entrevistados

Variáveis	Resultados
Sexo masculino (%)	60,0
Idade (anos), média	31,8
Possui residência médica (%)	
Sim	0,0
Não	100,0
Tempo de formação (%)	
Menos de 1 ano	10,0
2 a 4 anos	60,0
5 e 6 anos	20,0
Mais de 7 anos	10,0
Tempo de atuação na unidade (%)	
Menos de 1 ano	50,0
2 a 4 anos	40,0
5 e 6 anos	10,0
Possui especialização (%)	
Sim	50,0
Não	50,0

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

4.2 Dados sobre o conhecimento dos profissionais sobre o processo de regulação

A pesquisa por meio de um questionário com respostas propostas por uma escala Likert buscou identificar o conhecimento dos médicos no processo de regulação. A Tabela 2 apresenta os resultados obtidos pelas questões que abordam o conhecimento dos médicos, que atualmente trabalham na Atenção Primária em Saúde do Município no processo de encaminhamentos à Atenção Secundária.

Tabela 2 - Dados sobre o conhecimento dos profissionais em relação ao processo de regulação

	<i>Pergunta</i>	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro
1	Você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou nos serviços especializados?	-	1	4	5	-
2	Quando os seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos?	9	-	1	-	-
3	Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?	2	8	-	-	-
4	Quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado?	7	3	-	-	-
5	Você recebe do(a) especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)?	-	-	4	6	-
6	Após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa com o(a) seu(sua) paciente sobre os resultados dessa consulta?	1	9	-	-	-
7	Você conhece como é o processo de encaminhamento dos pacientes para atenção especializada do município?	2	1	3	1	3
8	Você conhece algum material que aborde o processo de encaminhamento de pacientes para a atenção especializada?	-	1	-	5	4
9	Se você indicou na questão 8 conhecer material que aborde o processo de encaminhamento do paciente para a atenção primária. Você sabe o local em que a referida documentação está disponível.	-	1	-	-	-
10	Se você indicou na questão 8 conhecer material que aborde o processo de encaminhamento do paciente para a atenção primária. Você emprega esta prática nas suas atividades diárias?	-	-	1	-	-
11	Na sua percepção, você encontra ou já encontrou dificuldades no processo de encaminhamento para atenção especializada?	10	-	-	-	-
12	Na sua percepção, você encontra ou já encontrou dificuldades no processo de encaminhamento para a especialidade de Cirurgia Vascular?	10	-	-	-	-
13	Na sua percepção, você encontra facilidades ou já encontrou no processo de encaminhamento?	-	3	1	6	-

14	Na sua opinião, o processo de regulação de encaminhamento de profissionais para o serviço especializado do município precisa melhorar?	9	-	-	-	1
----	--	---	---	---	---	---

Fonte: Elaborado pela pesquisadora (2023).

Sobre conhecer as consultas com especialistas, que os pacientes de seu território adscrito realizam, chama atenção o fato de nove entrevistados (90%) indicarem uma resposta negativa para um item tão importante, afinal o médico de família e comunidade deve conhecer seu território e as necessidades de sua população. Esse dado potencialmente sinaliza a falta de conhecimento do histórico do paciente pelo médico, que abarca o vínculo e a longitudinalidade do processo saúde-doença entre o profissional e a população de sua Estratégia de Saúde da Família.

De acordo com Starfield (2002), são os médicos da ESF que estão mais próximos dos pacientes ou do ambiente em que eles vivem, comparados aos especialistas, sendo os principais responsáveis por assumir o papel e influenciar os determinantes de saúde e doença. Sendo assim, é prerrogativa do médico da ESF conhecer seu paciente e, logo, compreender suas necessidades e quais são as especialidades que mais utiliza em nível secundário e terciário (STARFIELD, 2002).

Ao médico especialista cabe a função principal de estabelecer um diagnóstico preciso e a conduta adequada para a doença específica e, portanto, o nível primário de atendimento incorpora a base para determinar a atuação dos outros níveis do sistema de saúde, pois somente assim vai conseguir gerir adequadamente recursos disponíveis de forma a atender a promoção, manutenção e recuperação da saúde (BRASIL, 2006a).

O médico da saúde da família deve ser a referência quando se trata de sua população adscrita e deve trabalhar junto à equipe para atingir a meta de resolutividade na APS, que é de 85% das doenças comuns. Para exercer esse papel com qualidade é fundamental que o médico obtenha conhecimento sobre a saúde da sua população, seja em números gerais ou individuais e assim, junto à equipe, definir a melhor estratégia para cada cliente de sua equipe (BERNARDINO JUNIOR *et al.*, 2020; MENDES, 2012).

O segundo tópico analisado se refere à tratativa do médico junto ao seu paciente sobre as diferentes alternativas de atendimentos disponíveis pelo SUS. Nesse quesito o resultado foi de nove (9) respondentes afirmando que realizam essa discussão com seus clientes. Esse dado se mostra contraditório se comparado com o

anterior, pois apresenta uma interessante mudança de comportamento dos médicos, que não levantam a existência de tratamentos especializados anteriores, mas discutem as possibilidades de tratamentos futuros. Essa contradição pode ser prejudicial ao paciente, pois ele pode ser indicado ao atendimento de uma especialidade que já realiza, ou então que se mostra antagônica a que atualmente realiza. Ainda nesse quesito, observa-se na totalidade das respostas o entendimento de que os pacientes recebem auxílio, do serviço de saúde, para marcar consulta com especialistas (SILVEIRA *et al.*, 2018).

O encaminhamento do atendimento básico para o especializado incorpora, por parte do médico, o cuidado de fornecer as informações mínimas ao paciente para a continuidade do tratamento com o médico que realizará o atendimento especializado. No entanto, o processo inverso se apresenta deficiente, pois o médico do atendimento básico indica não receber a contrarreferência por parte dos especialistas, o que pode indicar falta de longitudinalidade, ou seja, o atendimento a essa população na maioria das vezes não é contínuo, o que pode caracterizar uma falha no sistema de atenção (MENDES, 2012; SILVEIRA *et al.*, 2018).

Quando os médicos do atendimento básico foram questionados se discutem com seus pacientes, em âmbito de saúde da família, sobre as consultas e resultados do atendimento com especialistas, apenas um profissional respondeu que com certeza sim realiza tal prática, e os demais indicaram que provavelmente sim. Tais respostas podem demonstrar a insegurança ou que essa não é uma prática rotineira, que muitas vezes pode ser prejudicada pela falta de contrarreferência evidenciada na questão anterior.

O médico da atenção básica tem papel fundamental no estabelecimento do fluxo da assistência na Rede de Atenção à Saúde. Nesse sentido, acaba por interferir diretamente na atenção especializada, visto que sua capacidade de resolutividade pode aumentar ou diminuir o fluxo e a demanda para outros serviços e níveis de atenção. O fato de não discutir com seus pacientes os encaminhamentos pode gerar distanciamento do paciente, quebra de confiança na relação médico-paciente, e fazer com que este queira sempre ser atendido em nível secundário, e achar que a atenção primária tem baixa resolutividade (COSTA *et al.*, 2014).

Outro dado importante, e que merece destaque, é que a maioria dos médicos do atendimento básico entrevistados não conhece adequadamente o fluxo de encaminhamentos para especialistas do município, dificultando ainda mais a

longitudinalidade do cuidado. No que diz respeito a garantir atendimento integral e equânime na saúde, é fundamental que todos os profissionais de saúde da atenção primária e saúde da família conheçam adequadamente os fluxos de encaminhamentos para especialistas.

Os médicos do atendimento básico também devem participar da criação de protocolos, da melhoria do serviço e das discussões das vias de acesso às referências (SOUZA *et al.*, 2008). O presente estudo mostrou que a maioria não demonstra conhecer materiais que orientem ou tragam informações sobre esses encaminhamentos, sendo que apenas um entrevistado relatou conhecer o processo, porém não costuma utilizar em sua prática de trabalho.

Quando questionados sobre a dificuldade de encaminhamento para atenção especializada, todos os entrevistados (100%) responderam com certeza sim, têm dificuldades para encaminhar seus pacientes para especialidades, assim como para Cirurgia Vascular.

Por fim, nove entrevistados (90%) entendem ser necessária a melhoria do processo de regulação do município em relação ao atendimento especializado. Isso demonstra que o serviço regulatório, apesar de colaborar com a coordenação do cuidado à população, ainda apresenta fragilidades. Para Silveira *et al.* (2018), é necessário investir em capacitação e qualificação profissional dentro da Estratégia de saúde da família, bem como dos prestadores de serviço que fazem a regulação dos encaminhamentos, com o objetivo de atingir resolutividade e melhorar a qualidade do cuidado prestado.

O autor ainda destaca que:

A regulação assistencial, por ser um componente da RAS com ampla e privilegiada visão dos recursos disponíveis e da dinâmica dos serviços, deve ser considerada como grande aliada para os profissionais inseridos nas unidades de ESF, pois irá contribuir para a coordenação do cuidado e, assim, possibilitar assistência mais acessível, equânime e integral. Para tanto, é necessária melhor comunicação entre os profissionais das centrais de regulação e da ESF. (SILVEIRA *et al.*, 2018, p. 70).

Para que isso ocorra é preciso que os profissionais de ambos os lados busquem a harmonia e possam discutir toda a assistência com enfoque na qualidade do serviço prestado à população. A atenção primária precisa assumir seu papel de protagonismo, retirar da teoria e colocar em prática suas atribuições (BADUY *et al.*, 2011).

4.3 Características dos encaminhamentos para serviços especializados gerais e de Cirurgia Vascular

Quando questionados sobre as características dos pacientes aos quais mais se solicita encaminhamento à atenção especializada, os pacientes doentes crônicos descompensados e/ou de difícil controle foram os mais apontados com necessidade de atendimentos por esses profissionais, como podemos observar nos relatos abaixo

[...] Doenças crônicas de difícil controle. (M2)

[...] Doenças descompensadas as quais não são possíveis acompanhamento clínico na UBS. (M10)

[...] Doentes crônicos, sendo comum, hipertensos e diabéticos descompensados. (M5)

Sobre esse mesmo questionamento, nenhum médico fez alusão a doenças vasculares propriamente ditas, porém, queixas ortopédicas foram lembradas, como “*lombalgias*” (M3), e “*cardiopatias*” (M7 e M8). Nesse ponto, chama a atenção a lembrança comum de necessidade de encaminhamento para pacientes com queixas de lombalgia, pois normalmente deveria ser tratada e manejada no âmbito da Atenção Primária. Cardiopatias por vezes podem resultar em impactos na saúde vascular, ou mesmo ser confundidas dentro da mesma classificação, onde o impacto de doenças do coração está intimamente ligado a alterações vasculares e vice-versa.

Pacientes encaminhados à atenção especializada que não tinham indicação contribuem para sobrecarga do sistema de saúde e passam a compor as longas filas de espera, tão comuns na realidade do SUS. Esse contexto diminui o acesso da população ao serviço e ao atendimento realmente necessário, tornando as Redes de Atenção à Saúde pouco efetivas (CHAVES *et al.*, 2015).

É necessária a construção de uma articulação regional com a regulação, que atenda com equidade e integralidade, evitando formação de filas que por vezes demoram muito tempo para serem atendidas. Cabe ressaltar que a adoção de protocolos clínicos de encaminhamento bem definidos, principalmente considerando demandas locais e regionais, contribuem para evitar esse cenário (CHAVES *et al.*, 2015).

Vale ainda destacar a indicação dos entrevistados de que pacientes “*poliqueryosos*” (M4), “*de difícil manejo*” (M8) e “*de difícil resposta terapêutica*” (M9) ao tratamento costumam ser encaminhados, o que pode ser explicado pela dificuldade

de manejo desse perfil de paciente, que demanda mais tempo de cuidado, de terapêutica mais longa e, por vezes, de seguimento no tratamento.

Segundo o Conass (2015, p. 73):

Há evidências de que 70% a 80% dos portadores de condições crônicas apresentam quadros de menor complexidade que devem ter sua atenção concentrada na equipe da APS e nas ações de autocuidado porque, em geral, não se beneficiam da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Não obstante, as unidades de AAE, por falta da estratificação de riscos na APS, estão lotadas de pessoas portadoras de condições crônicas mais simples, por exemplo, portadores de hipertensão de baixos e médios riscos. Essa é uma das causas que pressionam, forte e indevidamente, a agenda das unidades de AAE, gerando reclamações sobre as dificuldades de se conseguirem consultas com especialistas e alimentando as filas intermináveis. Isso pode ser resolvido com a introdução da estratificação de riscos na APS, o que reduziria significativamente a demanda por AAE. (CONASS, 2015, p. 73).

Quando questionados sobre as características dos pacientes encaminhados especificamente para o atendimento da especialidade de Cirurgia Vascular, foi identificada a predominância de úlceras de difícil cicatrização e pacientes com insuficiência venosa/arterial.

Pacientes com varizes, sinais de insuficiência venosa ou arterial. (M6)

Pacientes com insuficiência venosa/arterial, úlceras que não cicatrizam. (M9)

Ainda foram destacados “*pacientes atendidos com queixas algicas e com alteração significativa no doppler*” (M2); o mesmo apontado para o encaminhamento às demais especialidades “*doenças descompensadas as quais não são possíveis acompanhamento clínico na UBS*” (M10).

Vale ressaltar que o trabalho do Médico de Família e Comunidade deve tolerar a diversidade nos atendimentos, pela característica de sua demanda, o que exige dele extrema capacidade e organização para lidar com todo fluxo de atendimento na APS. Ou seja, desses profissionais é exigida a capacidade em lidar com diversos problemas ao mesmo tempo, o que acaba elevando a necessidade de encaminhamentos para alguns casos (GUSSO, 2005).

Todavia, esse profissional é formado e preparado para tal demanda e deve saber responder minimamente às principais existentes na sua população, com enfoque voltado à pessoa e à família de seu território adscrito. Assim, deve ser competente para trabalhar preventivamente e solucionar problemas corriqueiros e não

diferenciados do seu dia a dia, com os recursos disponíveis (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010). Gusso (2005, p. 12), descreve bem o papel de um médico generalista: “(...) o médico da família não sabe mais cardiologia que um cardiologista, obviamente, mas é o que deve saber mais sobre as necessidades daquela sua família”.

4.4 Dificuldades dos encaminhamentos para serviços especializados gerais e de Cirurgia Vascular

Sobre as dificuldades apontadas no processo de encaminhamento à atenção especializada ficou evidente nas falas dos entrevistados que o tempo de espera da fila e a alta demanda por necessidade desse atendimento são os principais fatores.

Pouca disponibilidade de agendamento. (M7)

Falta de vagas e demora na fila de espera. (M10)

Ainda houve o destaque de que a “*falta de contrarreferência*” (M1) é uma dificuldade importante nos encaminhamentos entre serviço de atenção primária e secundária. Os médicos generalistas e especialistas devem ou pelo menos deveriam atuar em conjunto em uma rede de atenção estruturada, com equilíbrio para beneficiar os usuários.

Qualquer instituição deve ter esse equilíbrio e trabalho conjunto para obter sucesso em suas ações. Entretanto, quando se trata de profissionais médicos, era comum até pouco tempo atrás questionamentos quanto à capacidade de manejo de doenças por generalistas, principalmente pela crescente quantidade de informações e conhecimento. Isso exigiu a especialização para um melhor atendimento, e ainda impacta diretamente na discussão profissional sobre a melhor prestação de serviços de saúde (MCWHINNEY; FREEMAN, 2010).

Essa percepção já se provou equivocada, uma vez que se imagina que, ao longo do tempo, obrigatoriamente pela construção e aquisição de mais conhecimentos, seria necessário que as especialidades se fragmentassem cada vez mais em outras.

Não obstante as diversidades entre médicos generalistas e especialistas, há que se reconhecer que é falso o dilema colocado sobre esses profissionais. Um bom sistema de atenção à saúde há, sempre, de operar com o trabalho

conjunto desses médicos. O que pode ser considerado são aspectos ligados à dimensão qualitativa e quantitativa dessas relações que devem ser equilibradas. (CONASS, 2015, p. 20).

Nesse contexto, é necessário impor relações conjuntas de trabalho, garantindo a qualidade e humanização do serviço prestado, e ainda exige uma boa relação entre médico da saúde da família e comunidade e os especialistas, o que ainda não acontece efetivamente no SUS, ou pelo menos em grande parte dele, seja pela escassez de médicos formados em Medicina de Família e que estejam aptos para o que o trabalho exige, seja pela falta de profissionais especialistas para atender à demanda existente no serviço (CHRISTENSEN *et al.*, 2009).

Assim, quando questionados sobre as dificuldades para encaminhar os pacientes para cirurgia vascular, a maioria relatou que são as mesmas para outras especialidades. É importante destacar algumas diferenças da Cirurgia Vascular para outras especialidades, a primeira delas é o destaque para falta de profissionais:

[...] Basicamente a mesma coisa, a fila normalmente é grande, na cirurgia vascular não tem profissionais para atendimento, então a demora é maior. (M1)

[...] especialidade praticamente inexistente na região. Poucos especialistas em Cirurgia Vascular, o que não dá fluxo para fila. (M3)

Alguns dos entrevistados destacaram que os exames e procedimentos da Cirurgia Vascular são mais caros, o que complica ainda mais o fluxo de atendimento e o tempo na fila de espera.

[...] Talvez os procedimentos sejam mais caros, então fica mais difícil que algumas outras especialidades. (M5)

[...] Exames são mais difíceis em relação à Cirurgia Vascular comparada a outras especialidades. (M8)

Vale ressaltar que devido às falhas estruturais das redes de atenção, ainda desorganizada e fragmentada, observa-se a sinalização de que o gargalo do SUS está justamente no atendimento especializado. Isso se dá pela falta de oferta de serviços em alguns locais e especialidades, o que realmente ocorre em determinadas localidades de um país continental como o Brasil, porém não se pode pressupor que só isso cause as enormes filas de algumas especialidades (CUNILLERA, 2012).

É possível ponderar que ainda existem déficits de oferta em algumas especialidades, porém é preciso responsabilizar parte do problema nas falhas de conhecimento ao olhar para a demanda. Adicionalmente, é possível supor que parte dos problemas poderiam ser resolvidos na APS ou com a simples organização do atendimento ao paciente.

Existem estudos que apontam que 70 a 80% dos problemas com doenças crônicas são “simples” e que deveriam ser acompanhados na APS, de modo que não têm benefício ser atendido com especialistas. A falta de estratificação de risco nos encaminhamentos mostra um pouco do cenário de filas de espera do SUS, e de pressão de atendimento em todo o sistema de saúde, com destaque para os serviços de atendimento especializado (ALVES JUNIOR, 2011).

Outro fator que impacta no sistema é a condição de vínculo definitivo com o médico especialista, em geral, pela falta de trabalho em rede de referência e contrarreferência. Nessa perspectiva, o médico da UBS renuncia ao paciente, a partir do encaminhamento para o especialista, assim, o usuário não é mais sua responsabilidade. Adicionalmente, o paciente estabelece o entendimento de que a partir daquele momento será sempre atendido pelo especialista. Um estudo nacional mostrou que 65% das consultas com especialistas eram de retorno e apenas 35% eram novos pacientes que precisavam do atendimento daquela especialidade (ALBIERI, 2011).

Alguns pacientes realmente precisam desse vínculo definitivo com os especialistas, porém esse não deve ser o padrão. Por fim, esses fatores, modificados, podem trazer impacto importante para melhoria e organização da rede.

5 PRODUTO

A pesquisa busca atender um objetivo específico do projeto, que visa elaborar material ilustrativo como forma de capacitação aos médicos sobre como realizar os encaminhamentos de pacientes com comorbidades vasculares à atenção secundária.

Assim, o produto proposto foi um manual ilustrativo para encaminhamentos aos serviços de Cirurgia Vascular dos profissionais médicos de toda Rede de Atenção Básica do Município. Tal material foi composto por conteúdo que aborda dúvidas e fornece orientações para um encaminhamento adequado e necessário dos pacientes atendidos no âmbito da APS.

O produto permitirá ao profissional médico da UBS aprimorar o fluxo de encaminhamento e atendimento, bem como melhorar o processo de referência e contrarreferência entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária.

Sua elaboração foi baseada a partir das fragilidades apontadas pelos profissionais no questionário, visando contribuir para que as principais dificuldades sejam sanadas. As dúvidas quanto aos processos de encaminhamento serão incorporadas para que pacientes sejam realmente encaminhados conforme sua necessidade, auxiliando no processo de diminuição de fluxo para a especialidade de Cirurgia Vascular.

O produto desta pesquisa está apresentado no Anexo B.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos neste estudo mostram que a assistência na Atenção Primária em Saúde tem gargalos a serem resolvidos, principalmente no que tange ao encaminhamento às especialidades, seja por falha no atendimento, no processo de regulação ou na referência e contrarreferência.

Os dados da pesquisa indicam que os médicos do atendimento básico, em sua grande maioria, não possuem o *feedback* do especialista ao qual seu paciente foi encaminhado. A essa deficiência soma-se a identificação da dificuldade dos médicos do atendimento básico em encaminharem seus pacientes para a atenção especializada. Esse cenário é justificado por meio da obtenção de um posicionamento geral dos entrevistados sobre a necessidade de implementar melhoria do processo de regulação do município de Campo Mourão-PR no atendimento especializado.

O encaminhamento de pacientes para a especialidade de cirurgia vascular apresenta as dificuldades e limitações comuns às demais especialidades, no entanto com algumas peculiaridades, a saber: o primeiro aspecto diferencial apontado foi o da existência de um *déficit* de especialistas para realizarem o atendimento de cirurgia vascular; o segundo está relacionado ao alto custo dos exames e procedimentos envolvidos no procedimento de Cirurgia vascular. Esses aspectos estabelecem um impacto significativo no fluxo e no tempo de espera na fila de atendimento.

Sugere-se novos estudos com amostra de outros municípios da região, com a finalidade de estabelecer o entendimento de se tratar de uma característica particular do município de Campo Mourão-PR ou sistêmica da região. Como limitação desta pesquisa, apenas um terço dos médicos do atendimento se prontificaram a colaborar com as entrevistas. Apesar de o volume das entrevistas ser significativo, a proposta original da pesquisa buscava entrevistar todos os médicos do atendimento básico de saúde de Campo Mourão-PR.

REFERÊNCIAS

- ALBIERI, F. A. O.; CECILIO, L. C. O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 184-195, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015s005231>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- ALBIERI, F. A. O. **O caso de Diadema**. Brasília, Seminário sobre regulação na APS, 2011.
- ALBRINCKER, M. *et al.* Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Pacientes Internados. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S.l.], v. 48, n. 4, p. e20220161, 2022.
- ALVES JÚNIOR, A. C. **Consolidando a rede de atenção às condições crônicas: experiência da Rede Hiperdia de Minas Gerais**. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- ASCANIO, C. R.; VÁZQUEZ, I. P.; GAINZA, S. L. S. Aneurisma idiopático de aorta abdominal en una paciente de 4 años de edad. **Medisan**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 715-722, 2021.
- ASKIN, L.; TANRIVERDI, O.; ASKIN, H. S. O efeito da doença de coronavírus 2019 nas doenças cardiovasculares. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, [S.l.], v. 114, n. 5, p. 817-822, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200273>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- BADUY, R. S. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Caderno de Saúde Pública**, [S.l.], v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.
- BATTINELLI, E. M.; MURPHY, D. L.; CONNORS, J. M. Venous Thromboembolism Overview. **Hematology/Oncology Clinics of North America**, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 345-367, apr. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hoc.2012.02.010>. Acesso em: 05 ago. 2022.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G.; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. *In*: BAUER, M. W.; GASKEL, G. (Org.). **Pesquisa Qualitativa com texto Imagem e Som – um manual prático**. 13 ed. Petrópolis: Vozes. cap. 1, p. 17-36, 2015.
- BECKER, M.; BONAMIGO, T. P.; FACCINI, F. P. Avaliação da mortalidade cirúrgica em aneurismas infra-renais da aorta abdominal. **Jornal Vascular Brasileiro**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 15-21, 2020.

BERNARDINO JUNIOR, S. V. *et al.* Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 694-707, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012608>. Acesso em: 05 ago. 2022.

BERTOCHI, T.; GOMES, R. Z.; MARTINS, M. Mobilidade da articulação talocrural como fator preditor no prognóstico de cicatrização em portadores de insuficiência venosa crônica com úlcera venosa. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 18, 20180133, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.180133>. Acesso em: 24 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.559, de 1 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: DF, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso: 23 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso: 23 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. *E-book* (28 p.). ISBN 978-85-334-2018-2. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_do_doenc_cronicas.pdf. Acesso em: 05 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica; 14), ISBN 85-334-1197-9, 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada Cardiologia**. V. 2. (23 p.). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_cardiologia_v_II.pdf. Acesso: 23 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. (Cadernos de Atenção Primária, n. 29), ISBN 978-85-334-1729-8, 95 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Regulação em saúde: Direito do**

Cidadão e Dever do Estado. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAMPO MOURÃO. PARANÁ. SECRETARIA DE SAÚDE. **Secretaria Municipal de saúde**. 2022. Disponível em: <https://campomourao.atende.net/subportal/secretaria-de-saude/pagina/unidades-basicas-de-saude>. Acesso: 20 nov. 2022.

CARROLL, B. J.; PINTO, D. S.; SANINA, C. Chronic venous disorders. *In*: WILEY, J.M., editor. **Endovascular interventions**. London: John Wiley & Sons, 2019. p. 251-65.

CESARINO, C. B. *et al.* Avaliação do risco cardiovascular de pacientes renais crônicos segundo critérios de Framingham. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 101-107, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000100016>. Acesso em: 24 jun. 2022.

CHAVES, L. D. P. *et al.* Avaliação de resultados da atenção aos agravos cardiovasculares como traçador do princípio de integralidade. **Saúde e Sociedade** São Paulo, v. 24, n. 2, p. 568-577, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015000200014>. Acesso em: 05 ago. 2022.

CHOBANIAN, A. V. *et al.* The seventh report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII). **JAMA**, [S.l.], v. 289, n. 19, p. 2560-2571, 2003.

CHRISTENSEN, C. M. *et al.* **Inovação na gestão da saúde**: a receita para reduzir custos e aumentar qualidade. Porto Alegre: Bookman, 2009.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **A Atenção Ambulatorial Especializada nas Redes de Atenção à Saúde**. Online. Brasília. CONASS, 2015. Disponível em: <https://www.conass.org.br/conassdebate/?p=418>. Acesso: 20 abr. 2022.

COSTA, J. P. *et al.* Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em Debate**, [S.l.], v. 38 n. 103, p. 733-43, 2014.

COURTOIS, M. C.; ZAMBON, J. Várices e insuficiência venosa crônica. **EMC Tratado de Medicina**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 1-11, 2019.

CUNILLERA, R. **Arquitetura e modelo de atenção**: níveis e gestão de processos assistenciais. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 2012.

DEAK, S. T. Retrograde administration of ultrasound-guided endovenous microfoam chemical ablation for the treatment of superficial venous insufficiency. **Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 477-84, 2018.

FERREIRA, L.T. *et al.* Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 36, n. 3, p. 182- 188, 2011.

GOMES, G. R. G.; D'ORNELLAS, M. C.; DOTTO, G. N. Direct and virtual measurements of abdominal aortic aneurysms: three-dimensional printed models. **Radiologia Brasileira**, [S.l.], v. 54, n. 1, p. 21-26, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0100-3984.2019.0117>. Acesso em: 12 out. 2022.

GUSSO, G. **Panorama da atenção primária à saúde no Brasil e no mundo: informações e conceitos**. Florianópolis, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2005.

GUTIERREZ, P. S.; TAVORA, F. R. F.; BORGES, L. F. Vasos Sanguíneos e Linfáticos. *In*: BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo Patologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Panorama geral**. 2022. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/campo-mourao/panorama>. Acesso em: 20 abr. 2022.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. IPARDES. **Caderno Estatístico**. Município de Campo Mourão. 2023. 53 p. Disponível em: <http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=87300>. Acesso em: 10 out. 2022.

KUSCHNIR, R. C.; CHORNY, A. H.; LIRA, A. M. L. e. **Gestão dos sistemas e serviços de saúde**. Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC. Brasília: CAPES: UAB, 2010. 180 p.

LOPES, G. S. G. et al. Representações sociais sobre pé diabético: contribuições para Atenção Primária à saúde no Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 5, p. 1793-1803, 2021.

MAIA, M. *et al.* Síndrome pós-trombótica e qualidade de vida em doentes com trombose venosa ilio-femoral. **Angiologia e Cirurgia Vascular**, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 173-179, 2014.

MCWHINNEY, I.; FREEMAN, T. **Manual de medicina da família e comunidade**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 18, supl. 4, p. S3-S11, 2008.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. ISBN: 978-85-7967-078-7.

MILECH, A. Pé diabético. *In*: OLIVEIRA, J.E.P.; MILECH, A. organizadores. **Diabetes Mellitus: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 7-14.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. edição. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOTA, L. P. *et al.* Aneurisma de aorta abdominal: Importância do diagnóstico precoce. *Research, Society and Development*. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 11, n. 3, e15211326251, 2022.

NASCIMENTO, B. R. *et al.* Epidemiologia das doenças cardiovasculares em países de Língua Portuguesa: dados do "Global Burden of Disease", 1990 a 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.l.], v. 110, n. 6, p. 500-511, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20180098>. Acesso em: 12 out. 2022.

NETO, L. M. S.; NASCIMENTO, C. L. S. Fatores de risco para doença arterial obstrutiva periférica. **Jornal Vascular Brasileiro**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 168-175, 2007.

OLIVEIRA, G. M. M. *et al.* Estatística Cardiovascular–Brasil 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 1, p. 115-373, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20211012>. Acesso em: 12 out. 2022.

OLIVEIRA, J. C. *et al.* Pé diabético e amputações em pessoas internadas em hospital público: estudo transversal. **ABCS Health Sci.**, [S.l.], v. 41, n. 1, p. 34-39, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Doenças cardiovasculares**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>. Acesso: 20 abr. 2022.

ÖZBERK, S. *et al.* The relationship between quality of life, functional capacity, physical activity and performance levels in chronic venous disease. **EJCM.**, [S.l.], v. 6, n. 3, p. 97- 101, 2018.

PETTO, J. *et al.* Importância da qualidade da formação acadêmica no tratamento da Insuficiência Venosa Crônica. **Int J Cardiovasc Sci**, [S.l.], v. 29, p. 31-6, 2016.

PINTO, L. F. *et al.* A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26422016>. Acesso em: 05 ago. 2022.

ROUQUAYROL, M. A; GURGEL, M. **Epidemiologia & Saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.

SANTOS, I. C. R. V. *et al.* Factors associated with diabetic foot amputations. **Jornal Vascular Brasileiro**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 37-45, 2015.

SAVINO NETO, S.; NASCIMENTO, J. L. M. Doença arterial obstrutiva periférica: novas perspectivas de fatores de risco. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 21, n. 2, 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpm/v21n2/v21n2a07.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2022.

SIQUEIRA, A. S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G.; LAND, M. G. P. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.l.], v. 109, n. 1, p. 39-46, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20170068>. Acesso em: 12 out. 2022.

SIQUEIRA, F. Aneurisma de aorta: etiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Cardiologia**, [S.l.], v. 34, n. 4, p. 334-339, 2021.

SILVEIRA, M. S. D. *et al.* Processo regulatório da Estratégia Saúde da Família para a assistência especializada. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 63-72, 2018.

SOUZA, E. C. F. de *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.l.], v. 24, Suppl. 1, p. 100-110, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300015>. Acesso em: 24 jun. 2022.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002. ISBN: 85-87853-72-4.

WELLS, P. S. *et al.* Value of assessment of pretest probability of deep-vein thrombosis in clinical management. **Lancet**, [S.l.], v. 350, n. 9094, p. 1795-1798, dec. 1997.

WILSON, P. W. *et al.* Prediction of coronary heart disease using risk factor categories. **Circulation**, [S.l.], v. 97, n. 18, p. 1837-1847, 1998.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2017**: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals [internet]. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255336/9789241565486-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 24 jun. 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Global Health Observatory**. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/world-health-statistics>. Acesso: 23 nov. 2022.

APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados

Dados de caracterização dos profissionais

1. UBS:
2. INÍCIO DA ENTREVISTA:
3. TÉRMINO DA ENTREVISTA:
4. INICIAIS DO PARTICIPANTE:
5. IDADE:
6. SEXO: (a) Feminino (b) Masculino
7. LOCAL DE FORMAÇÃO (ESTADO):
8. POSSUI RESIDÊNCIA? SE SIM, EM QUAL ÁREA:

9. HÁ QUANTO TEMPO ESTÁ FORMADO:
 - a) Há menos de 1 ano;
 - b) Entre 2 a 4 anos;
 - c) Entre 5 e 6 anos;
 - d) Há mais de 7 anos.

10. HÁ QUANTO TEMPO ATUA NESTA UBS:
 - a) Há menos de 1 ano;
 - b) Entre 2 a 4 anos;
 - c) Entre 5 e 6 anos;
 - d) Há mais de 7 anos.

11. POSSUI ALGUMA PÓS-GRADUAÇÃO:
 - a) Especialização
 - b) Mestrado
 - c) Doutorado

Dados sobre o conhecimento dos profissionais sobre o processo de regulação

A tabela apresenta questões as quais solicita-se que o respondente apresente um posicionamento que reflita o seu entendimento pessoal. A escala Likert proposta contém as opções as quais o respondente deve indicar com um "X" a que melhor reflete o seu posicionamento.

	Com certeza sim	Provavelmente sim	Provavelmente não	Com certeza não	Não sei/Não lembro
1. Você sabe de todas as consultas que os seus pacientes fazem com especialistas ou nos serviços especializados?					
2. Quando os seus pacientes necessitam de encaminhamento, você discute sobre os diferentes serviços onde eles podem ser atendidos?					
3. Alguém do seu serviço de saúde ajuda o(a) paciente a marcar essa consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado?					
4. Quando os seus pacientes são encaminhados, você fornece aos pacientes alguma informação que seja para o(a) especialista ou serviço especializado?					
5. Você recebe do(a) especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o(a) paciente encaminhado(a)?					
6. Após a consulta com o(a) especialista ou no serviço especializado, você conversa com o(a) seu(sua) paciente sobre os resultados dessa consulta?					
7. Você conhece como é o processo de encaminhamento dos pacientes para atenção especializada do município?					
8. Você conhece algum material que aborde o processo de encaminhamento de pacientes para a atenção especializada?					
9. Se você indicou na questão 8 conhecer material que aborde o processo de encaminhamento do paciente para a atenção primária. Você sabe o local em que a referida documentação está disponível?					
10. Se você indicou na questão 8 conhecer material que aborde o processo de encaminhamento do paciente para a atenção primária. Você emprega esta prática nas suas atividades diárias?					
11. Na sua percepção, você encontra ou já encontrou dificuldades no processo de encaminhamento para atenção especializada?					

12. Na sua percepção, você encontra ou já encontrou dificuldades no processo de encaminhamento para a especialidade de Cirurgia Vascular?					
13. Na sua percepção, você encontra ou já encontrou dificuldades no processo de encaminhamento?					
14. Na sua opinião, o processo de regulação de encaminhamento de profissionais para o serviço especializado do município precisa melhorar?					

15. Quais as características dos pacientes aos quais você mais solicita encaminhamento à atenção especializada?

16. Relate as dificuldades que você vivenciou no processo de encaminhamento para a especialidade de Cirurgia Vascular.

17. Quais as características dos pacientes aos quais você mais solicita encaminhamento à especialidade de Cirurgia Vascular.

18. Relate as dificuldades que você vivenciou no processo de encaminhamento para a especialidade de Cirurgia Vascular

19. Relate as diferenças que você identifica quando do encaminhamento de pacientes para a atenção especializada e para a especialidade de Cirurgia Vascular.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido



PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE A UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM CIRURGIA VASCULAR DE UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE

Tamara Marques Ziliotto

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa e este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegura seus direitos como participante de pesquisa e foi elaborado em duas vias, assinadas e rubricadas pelo pesquisador e por você, sendo que uma via será sua e outra ficará com o pesquisador.

Por favor, leia com atenção e calma e aproveite para esclarecer suas dúvidas. Se você tiver perguntas, poderá fazê-las ao pesquisador. Você NÃO sofrerá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se não aceitar em participar desta pesquisa ou retirar sua autorização em qualquer momento.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Justificativa e Objetivos:

O objetivo da pesquisa é compreender, na percepção dos médicos, o processo de regulação de pacientes diagnosticados com doenças cardiovasculares da atenção primária à saúde para um serviço especializado em cirurgia vascular de um município de médio porte do Sul do Brasil. É esperado que o processo de encaminhamento melhore após a capacitação e posterior estudo, de acordo com a prática baseada em evidências.

Procedimentos:

Sua participação é muito importante e se dará por meio de uma entrevista a ser realizada conforme sua preferência, em dia e horário escolhido. A entrevista será guiada por um formulário que constará de perguntas sociodemográficas e relacionadas ao processo de regulação de pacientes ao centro especializado.

Comitê de Ética em Pesquisa – USCS: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul, CEP: 09521- 160, Tel: (11) 42393282.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Desconfortos e Riscos

Você não deverá participar deste estudo se não desejar.

O estudo oferece riscos mínimos como, por exemplo, invasão de privacidade, desconforto e/ou constrangimento para responder ao questionário, tomar seu tempo ou gerar cansaço ao responder ao questionário. Sendo assim, para diminuir os possíveis riscos, será garantido sigilo dos dados e caso você se sinta desconfortável e/ou constrangido em responder alguma questão poderá desistir de participar do estudo a qualquer momento. Os procedimentos adotados obedecem aos critérios de ética em pesquisa, conforme a Resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde.

Benefícios:

A participação no estudo não implicará em benefícios diretos a sua pessoa, mas acredita-se que seus resultados poderão subsidiar discussões acerca do tema.

Acompanhamento e Assistência:

Você terá direito à assistência integral e gratuita devido a danos diretos e indiretos, imediatos e tardios, pelo tempo que for necessário. Caso se sinta desconfortável poderá desistir a qualquer momento do estudo.

Sigilo e Privacidade:

Você tem garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores. Seu nome não será revelado na divulgação dos resultados desse estudo.

Ressarcimento e Indenização:

Não haverá ressarcimento das despesas de transporte para a universidade, por se tratar de atividade que ocorre após a aula, sem necessidade de novo deslocamento.

Comitê de Ética em Pesquisa – USCS: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul, CEP: 09521-160, Tel: (11) 42393282.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

Contato:

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com a pesquisadora: Tamara Marques Ziliotto.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretária do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da USCS, através do telefone (11) 42393282 ou e-mail: cep@online.uscs.edu.br.

Comitê de Ética em Pesquisa (CEP):

O CEP tem como função avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das Instituições, além de ser um órgão consultor na área de ética em pesquisas.

Consentimento Livre e Esclarecido:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos e métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

_____ Data: ____/____/____

(Assinatura do participante de pesquisa ou nome e assinatura do seu responsável legal)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da Resolução 466 de 2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante de pesquisa. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP. Comprometo-me utilizar os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento.

_____ Data: ____/____/____

(Assinatura do pesquisador)

Comitê de Ética em Pesquisa – USCS: Rua Santo Antônio, 50, Centro – São Caetano do Sul, CEP: 09521-160, Tel: (11) 42393282.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

ANEXO A

CENTRO EDUCACIONAL
INTEGRADO - CEI

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO DE PACIENTES DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE A UM SERVIÇO ESPECIALIZADO EM CIRURGIA VASCULAR DE UMA REGIÃO DE SAÚDE DO PARANÁ

Pesquisador: TAMARA MARQUES ZILLOTTO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 61462122.4.0000.0092

Instituição Proponente: CEI - Centro Educacional Integrado Ltda.

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.617.221

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1529952.pdf" de 18/08/2022.

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis são uma das principais causas de morte no mundo na atualidade, e esse estudo irá abordar as doenças vasculares. No Brasil a Atenção Primária à Saúde é a principal porta de entrada da população e a regulação da assistência à saúde tem a importante tarefa de ordenar o acesso às ações e aos serviços, sobretudo à alocação de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com maior risco cardiovascular. No entanto, esses usuários enfrentam alguns desafios ao serem encaminhados para a atenção especializada. Sendo assim, ressalta-se a importância de se estabelecer um fluxo institucional de comunicação entre a equipe que encaminhou e o serviço para qual o usuário foi encaminhado. Este estudo questiona quais as limitações enfrentadas pelos profissionais de saúde, sobretudo os médicos atuantes nas Unidades Básicas de Saúde, durante o encaminhamento de paciente com comorbidade vascular ao atendimento especializado? Com isso, o objetivo da pesquisa é compreender na percepção dos médicos o processo de regulação de pacientes diagnosticados com doenças vasculares da atenção primária à saúde para um serviço especializado em cirurgia vascular de um município de médio porte do Sul do Brasil. Para tal, será realizado uma pesquisa

Endereço: Avenida Irmãos Pereira, 670

Bairro: Centro

CEP: 87.301-010

UF: PR

Município: CAMPO MOURAO

Telefone: (44)3518-2500

Fax: (44)3518-2551

E-mail: cep@grupointegrado.br

**CENTRO EDUCACIONAL
INTEGRADO - CEI**



Continuação do Parecer: 5.617.221

exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa e de natureza aplicada.

Objetivo da Pesquisa:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1529952.pdf" de 18/08/2022.

Analisar a percepção dos médicos que atuam na atenção primária à saúde, sobre o processo de regulação de pacientes diagnosticados com doenças vasculares para serviços especializados em cirurgia vascular.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1529952.pdf" de 18/08/2022.

Os riscos substanciais do presente estudo são em relação a falta de dados suficientes, coletados pelo serviço de saúde, e posterior análise dos dados. Além disso quanto a confidencialidade dos dados do participante.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante para a obtenção de informações que poderão auxiliar na percepção dos médicos que atuam na atenção primária à saúde, sobre o processo de regulação de pacientes diagnosticados com doenças vasculares para serviços especializados em cirurgia vascular.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- TCLE não está assinado pela autora do projeto.
- Termo de Anuência está dentro das normas.
- Apresentou folha de rosto adequadamente preenchida e assinada.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado pelo CEP.

Parabéns pela iniciativa de desenvolver a presente pesquisa.

Endereço: Avenida Irmãos Pereira, 670

Bairro: Centro

CEP: 87.301-010

UF: PR

Município: CAMPO MOURAO

Telefone: (44)3518-2500

Fax: (44)3518-2551

E-mail: cep@grupointegrado.br

**CENTRO EDUCACIONAL
INTEGRADO - CEI**



Continuação do Parecer: 5.617.221

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1988418.pdf	10/08/2022 15:17:56		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcletamara2.docx	10/08/2022 15:17:35	TAMARA MARQUES ZILLOTTO	Aceito
Outros	SESATAMARA.pdf	27/07/2022 10:30:16	TAMARA MARQUES ZILLOTTO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLETAMARA.docx	27/07/2022 10:28:43	TAMARA MARQUES ZILLOTTO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PPTAMARA.docx	27/07/2022 10:28:27	TAMARA MARQUES ZILLOTTO	Aceito
Folha de Rosto	tamaraa.pdf	27/07/2022 10:25:34	TAMARA MARQUES ZILLOTTO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO MOURAO, 31 de Agosto de 2022

Assinado por:
GEOVANI RODRIGUES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Irmãos Pereira, 670

Bairro: Centro

CEP: 87.301-010

UF: PR

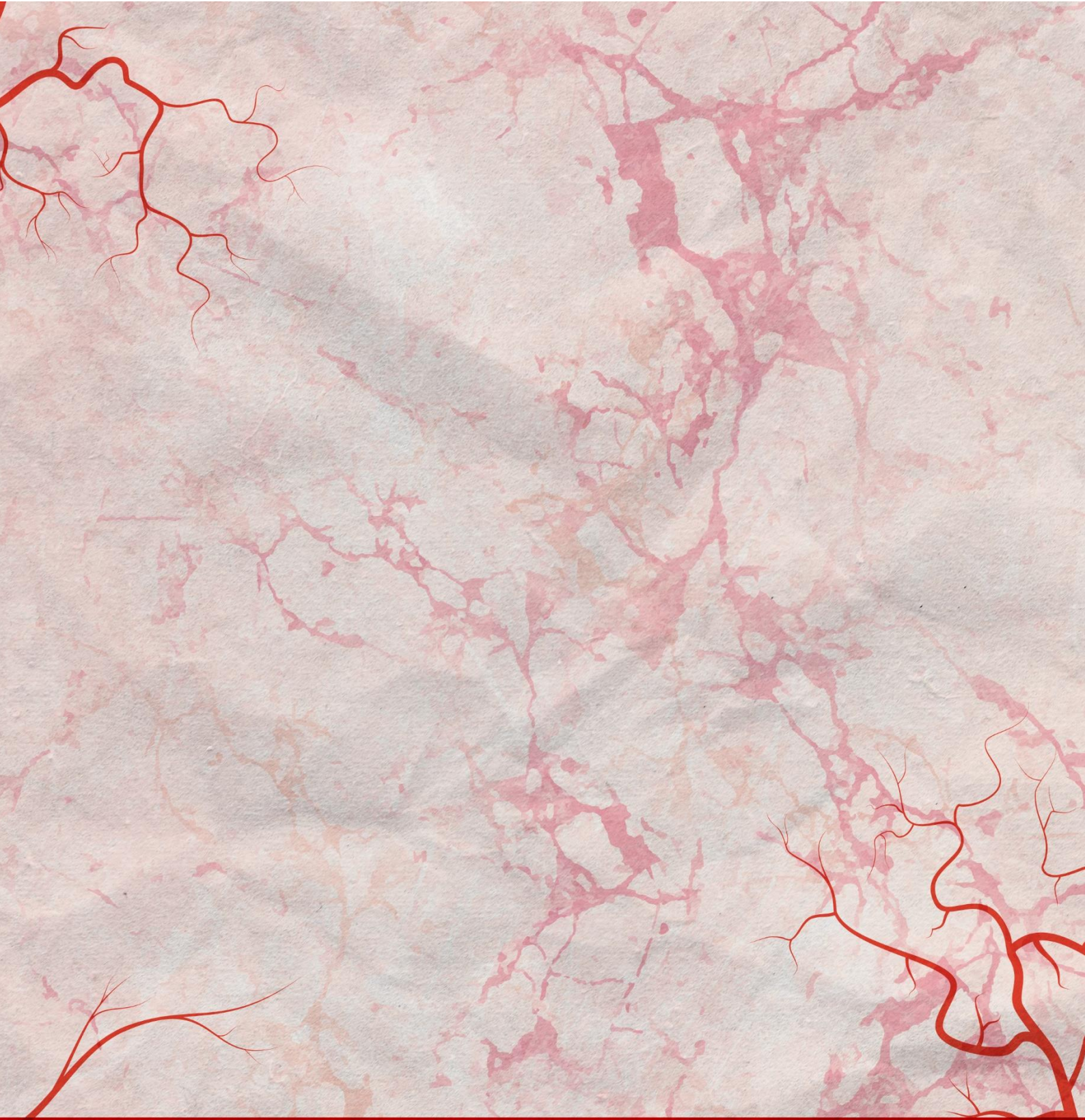
Município: CAMPO MOURAO

Telefone: (44)3518-2500

Fax: (44)3518-2551

E-mail: cep@grupointegrado.br

ANEXO B



PROTOCOLO DE ENCAMINHAMENTOS PARA A CIRURGIA VASCULAR – SUS

**Tamara Marques Ziliotto
2023**

Ziliotto, Tamara Marques.

Protocolo de Encaminhamento para a Cirurgia Vasculuar
/ Tamara Marques Ziliotto; orientador, Celso Machado
Junior, -- campo Mourão, PR: Ed. Da Autora, 2023, 45 p.

Bibliografia.

ISBN xxx-xx-xx-xxxxx-x

1. Avaliação em Saúde. 2. Capacitação Profissional.
3. Cirurgia Vasculuar. 4. Integralidade em Saúde. 5.
Medicina. 6. Título.

23-xxxxxx

CDD-xxx.xxx

Índice

04

Introdução

07

Capítulo 1- Doenças Vasculares

15

Capítulo 2 - Regulação da Atenção às Doenças Vasculares

19

Capítulo 3 – Proposta de Protocolo de Encaminhamento à Cirurgia Vascular

37

Capítulo 4 – Como preencher adequadamente a Guia de Referência e Contrarreferência

Introdução

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) são consideradas umas das principais causas de morbimortalidade no mundo; se caracterizam pela duração prolongada ou indefinida e de início progressivo. Tais características, por sua vez, dificultam a determinação de um prognóstico inicial adequado. Em sua evolução, as DCNTs podem levar à incapacitação em períodos críticos e demandar atenção contínua à saúde (BRASIL, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como DCNTs as seguintes patologias: cerebrovasculares, cardiovasculares e renovasculares, neoplasias, doenças respiratórias e diabetes mellitus (DM). Elas são consideradas sérios problemas de saúde pública pois, segundo estimativas da OMS, são responsáveis por 58,5% das mortes e 45,9% da carga de doenças no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). Segundo a OMS, as DCNTs, em 2015, foram responsáveis por 40 milhões de mortes no mundo, representando em torno de 70% do total dos óbitos registrados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Atinente a isso, o estudo em questão irá abordar especificamente Doenças Vasculares (DV). Elas correspondem a uma variedade de patologias com acometimento no sistema arterial, venoso e linfático, como insuficiência venosa crônica (IVC), aneurismas periféricos, síndromes compressivas, pé diabético, doença arterial obstrutiva periférica (DAOP), estenose carotídea, linfedema, lipedema, e o Tromboembolismo Venoso (TEV) e o Aneurisma de Aorta (AA) que, entre as DCNTs, são as que apresentam maiores coeficientes de morbimortalidade (GUTIERREZ; TAVORA; BORGES, 2021).

O conjunto de DVs é a principal causa de mortes no mundo e no Brasil. Ainda que a mortalidade por doenças vasculares esteja gradativamente diminuindo nos últimos tempos, principalmente pela melhora na qualidade e estilo de vida como parar de fumar, praticar exercícios físicos, alimentação equilibrada, ainda é necessário cuidado, atenção e planejamento para enfrentamento das mesmas (GUTIERREZ; TAVORA; BORGES, 2021).

As doenças vasculares, junto às cardíacas, em 2015, por exemplo, foram a causa de 31% dos óbitos no mundo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2017). No Brasil, geraram mais de 807 mil internações clínicas e aproximadamente 280 mil

internações cirúrgicas (BRASIL, 2006a). Esse fato reflete de forma significativa no custo do tratamento para pacientes portadores dessas patologias, de modo a representar cerca de 0,7% do Produto Interno Bruto (PIB) nacional, ou seja, cerca de R\$37 bilhões (SIQUEIRA; SIQUEIRA-FILHO; LAND, 2017).

Com o aumento da expectativa de vida e a crescente urbanização, a importância de ações de prevenção das DV tende a se ampliar (NASCIMENTO *et al.*, 2018). Segundo Nascimento *et al.* (2018), nesse contexto, torna-se importante a implementação de políticas de saúde direcionadas ao incentivo da manutenção dos hábitos de vida saudáveis, o acesso às prevenções primária e secundária e ao tratamento dos eventos cardiovasculares agudos.

O Sistema Único de Saúde (SUS), no Brasil, é o responsável pela operacionalização da Saúde. A saúde, como direito de cidadania, foi garantida a todos por meio da Constituição de 1988. Adiante, a lei nº 8080, de 1990, ganha frente com a finalidade de implementar os princípios e diretrizes formulados pelo movimento da reforma sanitária que estava ocorrendo no país. A universalidade, a equidade, a integralidade, o direito à informação, a resolutividade, a autonomia das pessoas e a epidemiologia como base se posicionam como diretrizes e princípios do SUS (MENDES, 2012).

A lei nº 8.142/90 determina a inclusão da participação da sociedade e comunidade na gestão do SUS e estabelece a regulamentação dos repasses financeiros na saúde. Ela estipula as diretrizes para a participação da sociedade na gestão do SUS e a transferência de recursos financeiros na área da saúde entre os diversos órgãos que compõem o sistema brasileiro. Em conjunto com a lei nº 8080/90, compõe as denominadas - Leis Orgânicas da Saúde, disciplinando e regulamentando os sistemas de saúde (BRASIL, 2016).

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem como principal característica o acesso preferencial do usuário ao SUS, cumprindo a atuação estratégica nas redes de atenção, como fundamento disciplinador para a efetivação do todo. Assim, identifica-se a associação de uma alta taxa de êxito para o estabelecimento de atendimento articulado com outros pontos da rede de saúde (BRASIL, 2016).

Dessa forma, o processo de referência e contrarreferência é de suma importância para garantir a realização de exames e avaliações complementares do paciente diagnosticado com DV, ou, ainda, para que o paciente tenha acesso à melhor

avaliação diagnóstica e otimização do tratamento (BERNARDINO-JÚNIOR *et al.*, 2020).

Esse processo, portanto, é um dos pontos importantes para garantir a funcionalidade do Sistema Único de Saúde, visto que, por sua implantação, é o que torna possível o encaminhamento de pacientes dentro de diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2006b).

No entanto, diante do número elevado de casos de DV e da necessidade de tratamento, o atendimento ofertado pelo SUS possui entre suas limitações a dificuldade de conceder ao usuário o atendimento especializado, variando, ainda, de acordo com a estrutura municipal e a disponibilidade do serviço de referência na região (BRASIL, 2017).

O tempo prolongado de espera, associado à dificuldade de acesso aos serviços ambulatoriais especializados, é decorrente de diversos fatores. Dentre eles se destacam a organização das ofertas de serviços, o modelo de atenção adotado pela instituição e o dimensionamento das necessidades apresentadas pelos serviços a serem prestados (BERNADINO JÚNIOR *et al.*, 2020).

Sabe-se que a fila de espera do SUS e a insatisfação do usuário derivam da saturação do atendimento especializado. Isso se dá, em parte, pela baixa resolutividade da Atenção Primária, por promover encaminhamentos excessivos e de maneira desqualificada aos serviços de referência (ALBIERI; CECÍLIO, 2015).

Nesse íterim, a grande quantidade de pacientes referenciados ao atendimento especializado gera uma sobrecarga no sistema; para a sua superação é necessária a elaboração de estratégias que impactem na APS, nos processos de regulação do acesso, bem como na organização da Atenção Especializada (AE) (BRASIL, 2016).

No serviço de Cirurgia Vasculuar esse fato não é diferente, inclusive em Campo Mourão. A quantidade de encaminhamentos sem real indicação, potencialmente, estabelece as filas de espera e amplia a demanda reprimida do acesso especializado. Logo, dificulta o atendimento de pacientes prioritários e críticos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2016).

CAPÍTULO 1

Doenças Vasculares

Doenças Vasculares

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis DCNT se constituem no principal grupo de causa de morte em todo o mundo, equivalente a mais de 38 milhões de mortes por ano, acarretando agravantes como mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de impactos adversos econômicos e sociais (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

No Brasil, 72% das mortes resultam de DCNT e, desse universo, identifica-se que 30% são decorrentes de Doenças Cardiovasculares (DCV), um relevante elemento de atenção à saúde, seguidas dos 16% das ocorrências em neoplasias. Vale destacar que as Doenças Vasculares são um desafio para a saúde pública e vêm aumentando com o passar do tempo (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Segundo Oliveira *et al.* (2022), a prevalência foi estimada em 6,1% da população brasileira e vem crescendo desde 1990, devido ao aumento da expectativa de vida e envelhecimento populacional.

A definição de DCV pode variar de acordo com os autores da área, incluindo todas as doenças listadas no Capítulo IX da Classificação Internacional de Doenças CID-10 (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Já as doenças especificamente vasculares são um grupo de males que acometem o sistema arterial, venoso e linfático, que incluem: IVC (Insuficiência Venosa Crônica), úlceras venosas, doença arterial obstrutiva periférica, aneurisma de aorta abdominal e outros aneurismas, trombose venosa profunda e superficial (OPAS, 2022).

Os fatores de risco preponderantes nas doenças vasculares são: histórico familiar, tabagismo, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes melito (DM), obesidade, sedentarismo, estresse psicossocial, entre outros. Sabe-se da importância da adoção de estratégias de atenção integral, cada vez mais precoces, ao longo do ciclo de vida, focadas na prevenção e em possíveis complicações. Esses são os fatores de risco potencialmente controláveis mais críticos para a saúde pública (BRASIL, 2006a).

As intervenções preventivas não devem ser determinadas pelo valor de um certo aspecto, mas sim pelo grau de risco cardiovascular estimado para cada indivíduo. Essa estratificação de risco baseia-se inicialmente no exame clínico, evoluindo para a realização de exames complementares na medida em que o grau de risco se posiciona entre moderado e alto. A determinação de risco está relacionada

às seguintes variáveis: colesterol total, pressão arterial sistólica, tabagismo, intolerância à glicose, HDL-C, LDL-C, índice de massa corporal e idade (BRASIL, 2010). De forma individualizada, ou ainda de forma combinada, esses fatores de risco são incorporados em escalas preditivas globais, como por exemplo o Escore de Risco de Framingham (BRASIL, 2010).

O Escore de Risco de Framingham é o mais conhecido e surgiu a partir de um estudo que analisou dados importantes para determinar o risco cardiovascular de cada indivíduo (BRASIL, 2010; CESARINO *et al.*, 2013). Ele é considerado confiável, simples de ser aplicado e de baixo custo, ideal para identificar pacientes com risco para doenças cardiovasculares, colaborando na proposição de estratégias mais rigorosas de acompanhamento e potencialmente auxiliando na definição do modelo de tratamento (CHOBANIAN *et al.*, 2003).

A partir do apresentado até aqui, cabe discutir de maneira mais profunda as principais doenças vasculares que acometem a população.

Tromboembolismo Venoso

O Tromboembolismo Venoso (TEV), nas suas apresentações mais frequentes: embolia pulmonar (EP) e trombose venosa profunda (TVP), é a terceira principal causa de morte por doença cardiovascular e a primeira causa de morte intra-hospitalar prevenível (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Segundo dados do Ministério da Saúde, entre os anos de 2010 e 2021, o número de internações decorrentes de TEV ultrapassou 520.000 casos, com mais de 67 mil óbitos entre 2010 e 2019 (ALBRINCKER *et al.*, 2022).

Em 1856, Virchow descreveu pela primeira vez a patologia da trombose como resultado de defeitos nas plaquetas, nas proteínas de coagulação e na parede do vaso. A interação entre esses três fatores ficou conhecida como tríade de Virchow (BATTINELLI; MURPHY; CONNORS, 2012). Esta se caracteriza pela formação de trombos dentro de veias profundas, com obstrução parcial ou oclusão, sendo mais comum nos membros inferiores, onde se observa a ocorrência de 80 a 95% dos casos (OLIVEIRA *et al.*, 2022).

Dentre os fatores de risco para ocorrer a tríade de Virchow, pode-se destacar como os predisponentes:

- Hipercoagulabilidade: trombofilias hereditárias ou adquiridas, uso de contraceptivos orais com estrogênio e reposição hormonal, gravidez, tabagismo, neoplasias e seus tratamentos, doenças infecciosas, entre outras;
- Lesão de endotélio (traumatismo), tabagismo, história prévia de trombose conhecida, cirurgias, cateteres, pacientes com mais de 40 anos de idade, entre outros;
- Alteração do fluxo (estase): DPOC, queimaduras, gravidez, idade, inatividade física no pós-operatório, imobilizações por mais de 3 dias, cirurgias de grande porte, fratura de quadril ou joelho, viagens prolongadas com pouca mobilidade, entre outras.

Em condições normais, o revestimento endotelial dos vasos não é uma superfície favorável à trombose. Os diversos componentes celulares do sangue interagem com as células endoteliais para inibir a formação de trombos. Esses componentes, como as plaquetas, liberam diversos fatores antitrombóticos, como a plasmina e a trombomodulina (BATTINELLI; MURPHY; CONNORS, 2012).

A principal manifestação da trombose se dá pela Trombose Venosa Profunda (TVP) e pelo Tromboembolismo Pulmonar (TEP). Grande parte dos sinais e sintomas são decorrentes do processo fisiopatológico da doença, o que demanda não só o diagnóstico clínico, mas também por meio de exames complementares para diferenciar TVP e TEP (BATTINELLI; MURPHY; CONNORS, 2012). A falha diagnóstica pode levar a comorbidades permanentes ou, inclusive, ser fatal (ALBRINCKER *et al.*, 2022).

A Trombose Venosa Profunda é uma afecção frequente e potencialmente fatal, sendo a TEP a sua principal complicação e, também, a primeira causa de morte evitável no ambiente intra-hospitalar (ALBRINCKER *et al.*, 2022). É considerada uma morbidade de grande impacto socioeconômico, visto que a complicação crônica pela síndrome pós-trombótica impacta diretamente na qualidade de vida do paciente, que desenvolve prejuízos de capacidade funcional como dor, baixa vitalidade, problemas relacionados à saúde mental e limitações físicas/emocionais (MAIA *et al.*, 2014).

O Tromboembolismo Pulmonar, ou embolismo pulmonar apenas, é definido como obstrução de uma ou mais artérias pulmonares. Em grande parte das ocorrências, é decorrente de coágulos sanguíneos originados de uma TVP dos membros inferiores que chegam às artérias pulmonares.

Para o diagnóstico complementar, no caso da TVP, o ultrassom venoso com doppler tem se mostrado extremamente útil e deve ser o primeiro teste diagnóstico a ser realizado, visto ser de baixo custo, de alta sensibilidade (89% - 100%) e alta especificidade (86% - 100%) (BATTINELLI; MURPHY; CONNORS, 2012).

Já para o TEP, o diagnóstico pode ser um pouco mais complexo, em decorrência de diversos diagnósticos diferenciais que podem ser realizados pela associação de sinais e sintomas. No entanto, o mais utilizado é a angiotomografia pulmonar, um exame caro para o Sistema Único de Saúde e nem sempre disponível no interior ou em pequenos centros (BATTINELLI; MURPHY; CONNORS, 2012).

Aneurisma de Aorta

O Aneurisma de Aorta (AA) é considerado uma dilatação localizada maior que 50% do diâmetro da luz esperada em um determinado segmento aórtico. A incidência dos AAs vem aumentando nas últimas décadas, em decorrência da elevação da expectativa de vida da população e do aumento e aperfeiçoamento dos métodos diagnósticos (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Segundo Oliveira *et al.* (2022), a incidência do aneurisma de aorta abdominal (AAA) é de 25 por 100.000 pacientes/ano.

Possui patogênese multifatorial, com contribuição de fatores ambientais e genéticos, em grande parte por causas degenerativas. Até hoje sua fisiopatologia é incerta, mas acredita-se que tenha influência das vias metabólicas proteolíticas, estresse oxidativo, degeneração da matriz extracelular e do processo inflamatório (SIQUEIRA, 2022).

Grande parte dos pacientes são assintomáticos e o diagnóstico é feito por uma descoberta inesperada. O principal sintoma é a dor abdominal intensa e aguda, podendo ter irradiação ao trato inguinal e/ou reto e testículos (MOTA *et al.*, 2022).

A mortalidade por AA é associada significativamente ao rompimento dele, de modo a provocar um quadro clínico de hemorragia abdominal e demandar correção cirúrgica de emergência para evitar o óbito. É preferivelmente tratada de forma eletiva, com o intuito de prevenir a ocorrência de uma ruptura (BECKER; BONAMIGO; FACCINI, 2020). Pesquisas indicam que a morbimortalidade do AAA pode chegar a 8% em homens com mais de 65 anos e, quando rota, é fatal em mais de 80% dos casos (MOTA *et al.*, 2022).

Atualmente, não existe nenhum tratamento medicamentoso eficaz que possa prevenir a rotura ou impedir o curso clínico da doença, no entanto, terapias com estatina, exames de imagem regular, controle de fatores de risco cardiovascular e terapia antiplaquetária são úteis na condução do paciente assintomático (MOTA *et al.*, 2022).

A ultrassonografia abdominal é considerada a principal forma de rastreio do AA, devido a sua alta especificidade e sensibilidade, segurança e relativo baixo custo, visto ser uma técnica não invasiva que pode ser realizada inclusive a nível ambulatorial (ASCANIO; VÁZQUES; GAINZA, 2021). Já a angiotomografia é reservada comumente ao planejamento cirúrgico, devido ao alto custo e baixa disponibilidade no SUS. Com ela, é possível avaliar o acometimento dos ramos da aorta, o tamanho, localização e calcificações dentro do aneurisma (MOTA *et al.*, 2022).

Doença Arterial Obstrutiva Periférica

A doença arterial obstrutiva periférica (DAOP) é uma condição na qual há uma redução do fluxo sanguíneo para as pernas e pés devido ao estreitamento ou obstrução das artérias (OLIVEIRA *et al.*, 2022). Segundo Oliveira *et al.* (2022), o óbito em decorrência da DAOP teve um aumento de cerca de 96% entre 1990 e 2019. Segundo Neto e Nascimento (2007), a DAOP apresenta uma prevalência de 10 a 25% na população com mais de 55 anos e aumenta com a idade. Além disso, cerca de 70 a 80% dos pacientes são assintomáticos para a doença.

Dentre os fatores de risco conhecidos estão a idade avançada, o tabagismo, a Diabetes Mellito, a hiperlipidemia e a hipertensão arterial. Novos estudos indicam que fatores como raça, etnia, genética, a presença de certos fatores inflamatórios e trombofilias podem influenciar a incidência da doença e seus desfechos (NETO; NASCIMENTO, 2007).

O diagnóstico é realizado pelo exame físico minucioso, com sinais e sintomas clínicos sugestivos como a ausência ou redução de pulsos periféricos, alteração da pele do membro afetado e frêmitos arteriais. Já a confirmação da gravidade da obstrução vascular é realizada por meio do índice tornozelo-braço (ITB). Com o auxílio do Doppler de ondas contínuas e um esfigmomanômetro, deve-se medir a maior pressão sistólica das artérias tibial posterior e dorsal do pé para posterior cálculo (SAVINO NETO; NASCIMENTO, 2007).

Insuficiência Venosa Crônica

A Insuficiência Venosa Crônica (IVC) é uma doença que acomete o funcionamento venoso, que é provocada uma falha em suas válvulas, podendo estar associada à obstrução do fluxo sanguíneo. A IVC pode afetar tanto o sistema venoso superficial como o profundo, e até ambos ao mesmo tempo. As ulcerações representam o estágio mais avançado da doença (BERTOCHI; GOMES; MARTINS, 2019; CARROLL; PINTO; SANINA, 2019).

A IVC de membros inferiores é causada principalmente pela hipertensão venosa, associada à falha no sistema valvular e outros fatores; essas alterações provocam estase sanguínea. Atualmente, a doença afeta cerca de 30% da população adulta no mundo. A IVC provoca dor, edema, alterações nos tecidos, coceira e varizes (DEAK, 2018). Esses sinais e sintomas acabam por interferir diretamente na qualidade de vida, principalmente devido à intensidade e característica da dor, que pode ser latejante, a gravidade do edema, e a associação com processo inflamatório. A IVC costuma diminuir a qualidade de vida das pessoas acometidas, visto que os sintomas acabam por impactar diretamente na sua capacidade funcional e realização da atividade física, o que por sua vez compromete ainda mais o prognóstico da patologia (OZBERK *et al.*, 2018).

As opções de tratamento são tanto conservadoras como invasivas, partindo de fisioterapia e prática de exercícios que previnam e tratem as complicações até intervenção cirúrgica. Normalmente, a terapia conservadora busca principalmente fortalecer a musculatura periférica para colaborar com o retorno venoso (PETTO *et al.*, 2016).

O tratamento tem por objetivo minimizar os sintomas e prevenir futuras complicações. Deve sempre começar por questões simples como melhoria dos hábitos de vida com atividade física, alimentação saudável para perda de peso, melhoria das condições de trabalho como ficar em pé ou sentado por muito tempo, fazendo intervalos e pausas (COURTOIS; ZAMBON, 2019).

Pé Diabético

O Pé Diabético é uma complicação advinda do Diabetes Mellitus (DM) mal controlado, e a doença que mais provoca amputação de membro inferior. Vale lembrar que o DM é uma patologia metabólica provocada por deficiência de insulina,

responsável pelo controle da glicose no sangue, causando hiperglicemia. Esta provoca alterações micro e macrovasculares, além de neuropáticas (MILECH, 2004).

A grande preocupação é que a DM vem aumentando exponencialmente, principalmente pelo aumento da expectativa de vida, mas também pelos hábitos de vida que têm provocado um aumento do tipo 2 em pessoas entre 20 e 45 anos. Logo, o aumento no número de pacientes com DM leva ao aumento de casos de Pé Diabético (LOPES *et al.*, 2021).

O Pé Diabético acontece devido à neuropatia, que provoca a perda de sensibilidade local, e isso acaba por determinar feridas complexas que levam até à amputação do membro. Sabe-se que entre 10 e 25% de pacientes com diabetes com mais de 70 anos desenvolvem lesões em membros inferiores e, destes, até 24% precisam amputar o membro (LOPES *et al.*, 2021).

Ocorre que o comprometimento da microvasculatura dos vasos sanguíneos neuronais provoca um processo crônico, definido como neuropatia diabética. Devido a esses tecidos não necessitarem de insulina para suas atividades de transporte, a hiperglicemia lesiona as células. Essa lesão provoca comprometimento do sistema nervoso periférico, mais comumente nos membros inferiores (FERREIRA *et al.*, 2011).

A neuropatia provocada pelo processo hiperglicêmico causa lesão nos pés em 90% dos casos, o famoso pé diabético. Essa lesão pode se associar à infecção, ou não, evoluir para ulceração e morte de tecidos profundos e o resultado é a amputação, se o tratamento e cuidado adequados não forem estabelecidos (OLIVEIRA *et al.*, 2016). Essa patologia é uma grande preocupação em Saúde Pública, pois é a maior causa de internamentos de longa duração, gerando altos custos sociais e financeiros (SANTOS *et al.*, 2015).

Como opções de tratamento estão: cuidados gerais com a lesão, uso de antibióticos para tratar a infecção e controle da isquemia local. Além disso, a prevenção é a melhor medida de cuidado, assim, pacientes diabéticos devem ter especial atenção com comprometimento vascular. O tratamento cirúrgico normalmente está relacionado ao desbridamento para retirada de tecido morto, ou em casos mais graves a amputação (SANTOS *et al.*, 2015).

CAPÍTULO 2

Regulação das Doenças Vasculares no Brasil

Regulação das Doenças Vasculares

No Brasil, a APS é a principal porta de entrada da população no SUS. Dessa forma, cabe a esse nível da assistência oferecer atenção integral e biopsicossocial durante o processo de saúde e doença, com ações que visem a promoção, prevenção e cura e reabilitação dos usuários, incluindo os encaminhamentos para outras especialidades médicas, não médicas e hospitais (PINTO *et al.*, 2017).

Assim, identifica-se que o processo de regulação da assistência à saúde contempla a necessidade de disciplinar o acesso às ações e aos serviços de saúde, com destaque para a realização de consultas médicas e procedimentos diagnósticos e terapêuticos aos pacientes com quadro clínico de maior risco, quando observada a necessidade e/ou indicação clínica oriunda de serviços de saúde em tempo oportuno (BRASIL, 2016).

Atinente a isso, com o intuito de mitigar os aspectos adversos, o Ministério da Saúde instituiu a Portaria GM/MS n° 1.559, de 1º/08/2008, que define a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Segundo essa portaria, seu objetivo é fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, bem como promover o acesso equânime, universal e integral dos usuários a estes, além de aperfeiçoar a utilização dos serviços em busca da qualidade da ação, da resposta adequada aos problemas clínicos e da satisfação do usuário, sem que haja a fragmentação do cuidado (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Regulação do SUS está organizada em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si, sendo: - Regulação sobre sistemas; - Regulação da atenção; - Regulação do acesso (BRASIL, 2008).

A Regulação do acesso, ou regulação assistencial, aborda a gestão da organização, a realização de controle, o estabelecimento de prioridades ao acesso das necessidades identificadas, bem como dos respectivos fluxos assistenciais no âmbito do SUS. Essa abordagem incorpora a regulação médica, posicionando a autoridade sanitária como fundamento para a garantia do acesso, fundamentada em protocolos destinados a classificar o risco envolvido, bem como outros critérios de priorização (BRASIL, 2008).

Esse serviço regulatório é efetivado pela disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, por meio de atendimentos às

urgências, consultas, leitos e outros que se fizerem necessários. Nesse contexto, a regulação incorpora as seguintes ações:

(...) regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; controle dos leitos disponíveis e das agendas de consultas e procedimentos especializados; padronização das solicitações de procedimentos por meio dos protocolos assistenciais; e o estabelecimento de referências entre unidades de diferentes níveis de complexidade, de abrangência local, intermunicipal e interestadual, segundo fluxos e protocolos pactuados. (BRASIL, 2008, s.p.).

No entanto, ao serem encaminhados da APS para atenção especializada, os usuários necessitam superar obstáculos, tais como: os usuários são atendidos por inúmeros profissionais de saúde antes de serem tratados; as informações a respeito do paciente são geradas em diferentes lugares; o aconselhamento ou as intervenções são de curta duração; há casos em que os especialistas tratam de um paciente específico por um longo período de tempo, devido à presença de um distúrbio específico, não liberando vagas para atendimento de novos pacientes (PINTO *et al.*, 2017). Segundo Pinto *et al.* (2017), esse conjunto de fatores dificulta a coordenação do cuidado ao paciente pela APS.

Nesse cenário, o auxílio no processo de referenciamento de usuários para outros serviços especializados é elaborado por meio de protocolos específicos, os quais se posicionam como ferramentas de gestão e de cuidado, pois tanto orientam as decisões dos profissionais solicitantes quanto se constituem como referência destinada a modular a avaliação das solicitações pelos médicos reguladores (BRASIL, 2016).

Os protocolos exercem ainda a função de filtro para as ocorrências de encaminhamentos desnecessários. Em análise das virtudes do protocolo de encaminhamento, observa-se a atribuição de orientar e eleger o acesso dos enfermos às consultas e/ou procedimentos somente quando identificada a necessidade clínica para tal. Sua aplicação de forma adequada proporciona expandir o cuidado clínico e a efetividade dos atendimentos, além de otimizar os recursos envolvidos, mitigando movimentações desnecessárias e, assim, proporcionando melhor emprego dos atores e materiais envolvidos, e adicionalmente melhor gestão das listas de espera (BRASIL, 2016).

Entretanto, o atendimento dos protocolos de forma efetiva depende do entendimento das informações necessárias referentes ao paciente, a fim de

determinar a necessidade da consulta, do atendimento ou do procedimento especializado. Assim, o desenvolvimento de protocolos para os principais fatores de encaminhamento de pacientes para cada especialidade, ou ainda para os principais procedimentos solicitados, facilita a ação da regulação (BRASIL, 2016).

Ressalta-se a importância de se estabelecer fluxo institucional de comunicação (referência e contrarreferência) entre a equipe que encaminhou e o serviço para qual o usuário foi encaminhado (BRASIL, 2016).

No município de Campo Mourão-PR o sistema de referência e contrarreferência funciona através de formulário impresso (apresentado ao final deste). O médico da APS, ao examinar o paciente e verificar a necessidade de encaminhamento para serviço especializado, deve preencher a guia de referência que é levada pelo próprio paciente ao médico especialista no ato da consulta.

Nessa guia, o médico da família deve preencher as informações do paciente com nome, UBS de origem, idade, e principalmente, a história clínica, os achados no exame físico, resultados de exames complementares que já foram realizados, impressão diagnóstica par ao caso, terapêutica já utilizada, com detalhes da posologia, e solicitações ao médico especialista que receber o paciente.

O especialista, por sua vez, deve realizar o preenchimento da contrarreferência após realizar sua conduta para o determinado caso e orientar o paciente a voltar à UBS e entregar a guia ao médico da família, para que este continue acompanhando o caso e prestando o atendimento e cuidados necessários.

Na contrarreferência, cabe ao especialista preencher quanto à avaliação clínica realizada, diagnóstico provisório ou definitivo, investigação diagnóstica com exames complementares solicitados, terapêutica diagnóstica, solicitação de prazo para retorno ou dispensa dele, solicitações ao médico da UBS e informações profissionais.

O que se nota é que na maioria das vezes os encaminhamentos não são realizados adequadamente, o médico das UBS encaminha apenas um receituário com a queixa do paciente, colocando o motivo do encaminhamento. Com a implantação do prontuário eletrônico, médicos que utilizam o mesmo sistema conseguem se comunicar através do mesmo, porém não são todos os profissionais que possuem e fazem o preenchimento correto dele.

CAPÍTULO 3

Proposta de Protocolo de Encaminhamentos à
Cirurgia Vascular

A Figura 1 apresenta a classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento.

Figura 1 - Classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento

O QUE PRIORIZAR NO ENCAMINHAMENTO?

MUITO ALTO

- Eletivo de Alta Prioridade: pacientes que demandam atendimento especializado prioritário e/ou prováveis complicações físicas e/ou clínicas.

ALTO

- Eletivo Prioritário: pacientes que necessitam de atendimento médico especializado em um curto prazo de tempo, pois a demora no agendamento pode alterar a conduta a ser seguida ou implicar impossibilidade de acesso a outros procedimentos subsequentes.

MÉDIA

- Prioridade eletiva não urgente: situações clínicas sem gravidade que necessitem de agendamento eletivo.

BAIXA

- Eletivo de rotina: pacientes que não necessitam de atendimento médico prioritário.

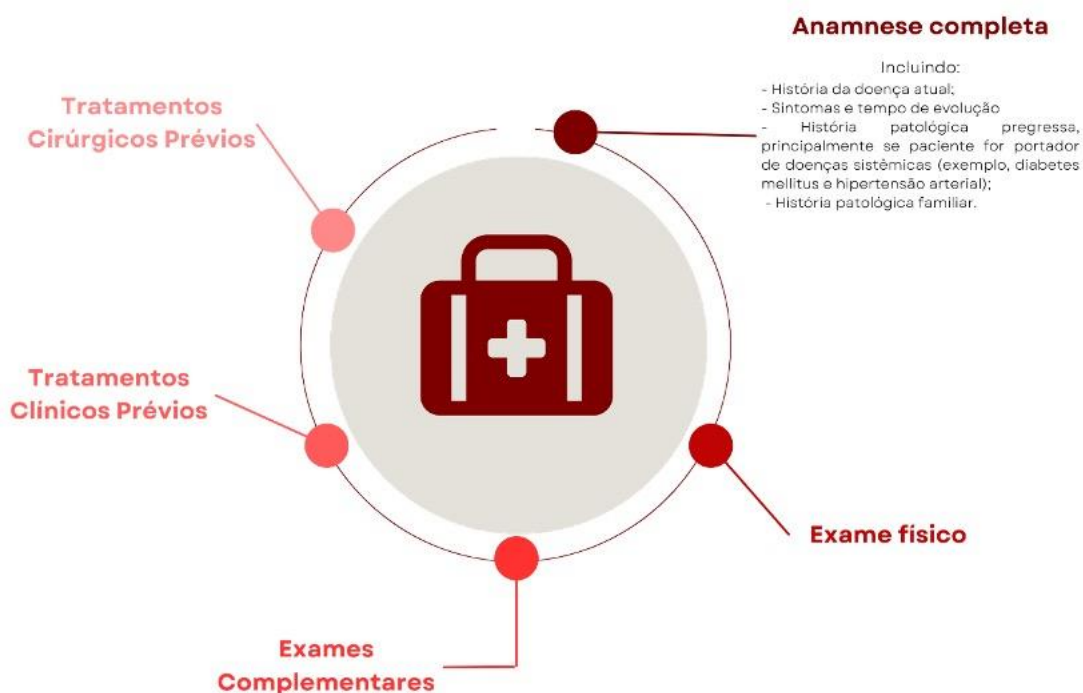
Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 2 apresenta conteúdo descritivo primário do que deve conter o encaminhamento de paciente ao especialista.

Figura 2 - Conteúdo descritivo primário do que deve conter o encaminhamento

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO

O que deve conter no encaminhamento?



Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

Atenção: orientar o paciente sobre a importância de levar o documento de referência com as informações clínicas, o motivo do encaminhamento, os exames complementares realizados recentemente e a receita dos medicamentos que está utilizando logo na primeira consulta com o especialista.

PRINCIPAIS COMORBIDADES QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO

A Figura 3 apresenta características da doença obstrutiva periférica.

Figura 3 - Características da doença obstrutiva periférica

DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE NECESSITAM ENCAMINHAMENTO

- Tabagistas, diabéticos, pessoas com ausência de pulsos em membros inferiores e claudicação arterial ou que apresentem cianose/palidez de extremidades e alterações de temperatura;
- Doença arterial crônica sintomática com claudicação, mesmo em uso de vasodilatadores, antiagregantes plaquetários, realizando exercício físico apropriado, com controle dos fatores de risco cardiovascular, interrupção do tabagismo, tratamento do diabetes, hipertensão e dislipidemia.

SINAIS E SINTOMAS, DESCREVER:

- Claudicação intermitente com dor muscular desencadeada pelo exercício, e se alivia ou não com repouso;
- Presença de alterações tróficas (escassez de pêlos, unhas dos pés quebradiças, 2 pulsações diminuídas ou ausentes e hipotrofia no membro acometido);
- Alterações da perfusão periférica, impotência sexual / disfunção erétil (quando acometimento de artérias proximais - sistema aorto-ilíaco), úlceras, fissuras, necrose;
- Tempo de evolução, se amputações prévias e índice Tornozelo-Braquial (ITB);
- Tratamento realizado na APS: se mudanças no estilo de vida, medicações em uso e posologia.

DOENÇA ARTERIAL OBSTRUTIVA PERIFÉRICA. DESCREVER FATORES DE RISCO QUANDO PRESENTES:

- Maiores de 60 anos de idade, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Doença Arterial Coronariana (DAC);
- Diabetes Mellitus (DM);
- Dislipidemia, Tabagismo, Obesidade, Sedentarismo, Doença renal (dialítica ou não);
- Doença cerebral vascular e história familiar.

EXAMES COMPLEMENTARES:

- Exames laboratoriais: Hemograma, Tempo de Atividade da Protrombina (TAP) e Tempo de Tromboplastina Parcial Ativada (PTTK). Glicemia de jejum. Hemoglobina glicada, Creatinina, Colesterol total e frações, Triglicérides e VDRL (Venereal Disease Research Laboratory);
- Anexar laudo de Ecodoppler arterial ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).

PRIORIDADES PARA REGULACÃO:

- Casos de doença mais avançada com: - Palidez da pele ou cianose de extremidades, dor nas pernas mesmo quando em repouso; redução da temperatura das pernas, parestesias e úlcera isquêmicas ou gangrenas nos pés.

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Suspeita de isquemia crítica aguda (palidez, baixa temperatura, ausência de pulso, dor em repouso que piora de intensidade, perda de força ou sensibilidade, parestesia ou paralisia do membro, gangrena úmida).

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 4 apresenta a classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento.

Figura 4 - Classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento

Muito alto
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente com dor isquêmica ao repouso ou lesão trófica e pacientes com suspeita de isquemia aguda - encaminhar com urgência para hospital com serviço de alta complexidade especializado em cirurgia vascular e endovascular.
Alto
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente com claudicação moderada a grave, sem dor ao repouso ou lesão trófica. • Ausência de melhora sintomática após tratamento clínico de 3 a 6 meses.
Média
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente com claudicação leve.
Baixa
<ul style="list-style-type: none"> • Paciente assintomático com exame de imagem evidenciando estenoses arteriais ou exame físico com ausência ou diminuição de pulsos de membros inferiores.

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 5 apresenta os estágios clínicos da Doença Arterial Oclusiva Periférica.

Figura 5 - Estágios Clínicos da DAOP

Estágio	Classificação de Fontaine		Classificação de Rutherford		
	Manifestações Clínicas		Grau	Categoria	Manifestações Clínicas
I	Assintomático	↔	0	0	Assintomático
II	IIa Claudicação não incapacitante	↔	I	1	Claudicação leve
		↔	I	2	Claudicação moderada
	IIb Claudicação incapacitante	↔	I	3	Claudicação grave
III	Dor em repouso	↔	II	4	Dor isquêmica de repouso
IV	Úlcera ou gangrena	↔	III	5	Perda tecidual menor
			III	6	Perda tecidual maior

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 6 apresenta características do Tromboembolismo Venoso.

Figura 6 - Características do Tromboembolismo Venoso

TROMBOEMBOLISMO VENOSO

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE NECESSITAM ENCAMINHAMENTO

- Síndrome pós-trombótica com hipertensão venosa ambulatorial (insuficiência venosa secundária à trombose de membro inferior) com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa), refratária ao tratamento conservador na APS (terapia compressiva para reduzir o volume do membro e conseqüentemente diminuir o calibre venoso e com isso aumentar a capacidade de fluxo no sistema venoso - melhora hemodinâmica, drenagem linfática, exercícios para trabalhar bomba muscular para diminuir a hipertensão venosa).

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER

- Descrição do episódio de TEV, localização, conduta realizada na emergência e data do evento; Paciente em uso de anticoagulante (sim ou não);
- Apresenta episódios recorrentes de tromboembolismo venoso (sim ou não);
- Apresenta fatores de risco ou fatores desencadeantes para TEV (sim ou não);
- Se sim, descrever os fatores de risco: cirurgia e trauma; idade; história anterior de TEV; imobilidade; câncer; obesidade; gravidez e puerpério; presença de veias varicosas em membros inferiores; viagem de longa duração;
- Anexar laudo de exames realizados na investigação, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data.

PRIORIDADES PARA REGULAÇÃO

- Tromboembolismo venoso recorrente;
- Casos com dificuldades no manejo da anticoagulação;
- Pacientes com sintomas persistentes (dor, edema, dermatite ocre, úlcera venosa) refratários ao tratamento conservador na APS.

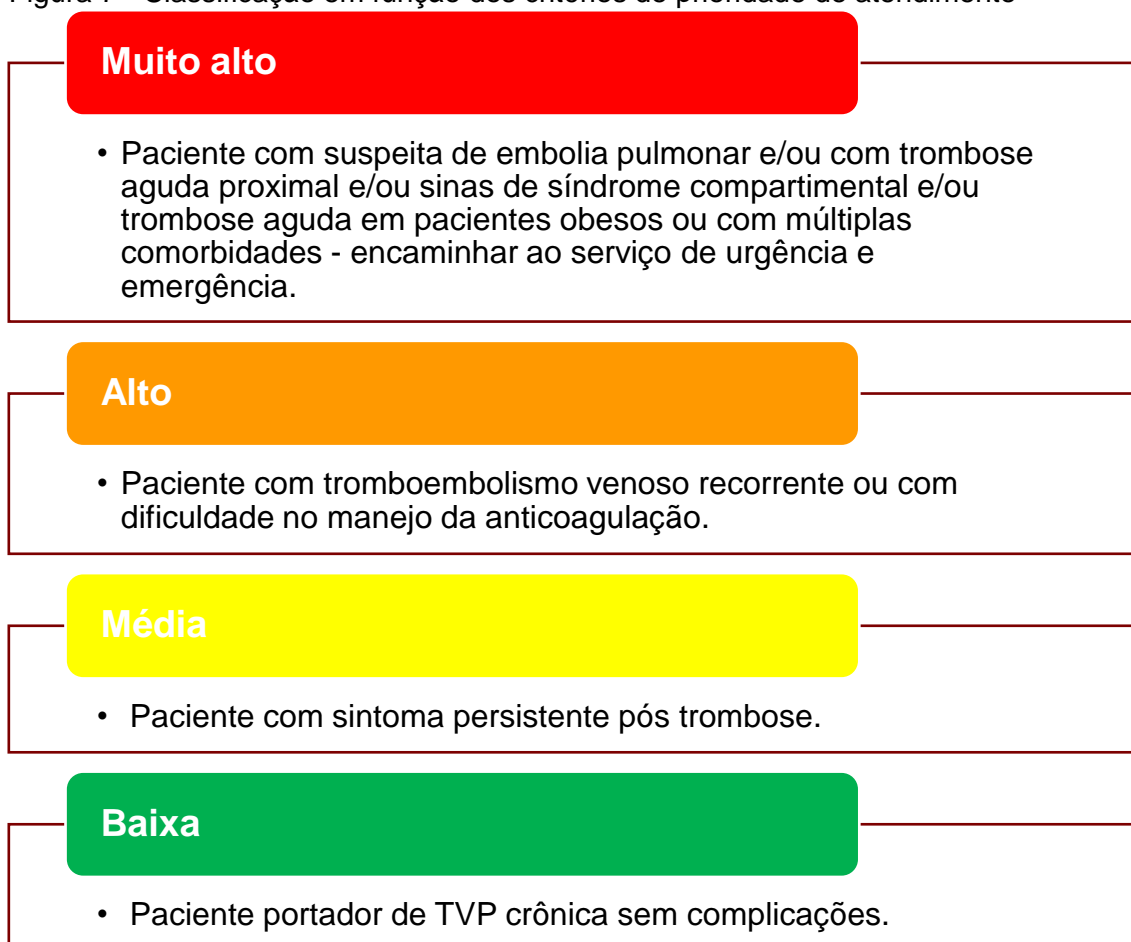
CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- Suspeita clínica de Trombose Venosa Profunda (TVP) - vide Escore de Wells para TVP.
- Suspeita clínica de Tromboembolismo Pulmonar (TEP) - vide Escore de Wells para TEP.

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 7 apresenta a classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento.

Figura 7 - Classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento



Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 8 apresenta o escore de Wells para análise do Tromboembolismo Venoso TVP.

Figura 8 - Escore de Wells para análise do Tromboembolismo Venoso TVP

SUSPEITA DE TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) - ESCORE DE WELLS PARA TVP	
Características clínicas	Pontos
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos 6 meses ou cuidados paliativos)	1
Recente paralisia, paresia ou imobilização com gesso dos membros inferiores	1
Restrição ao leito recente por três ou mais dias ou cirurgia de grande porte nas últimas doze semanas (com necessidade de anestesia geral ou regional)	1
Aumento de sensibilidade ao longo do sistema venoso profundo	1
Edema em toda perna	1
Edema de panturrilha (> 3 cm) em relação à perna assintomática	1
Edema com cacifo na perna sintomática	1
Veias superficiais colaterais (não varicosas)	1
Episódio prévio documentado de TVP	1
Diagnóstico alternativo é tão provável quanto TVP	-2

Escore simplificado de probabilidade clínica para TVP

- 2 ou mais pontos – TVP provável. Encaminhar para avaliação em serviço de emergência, necessário ecografia venosa de membros inferiores em até quatro horas.
- 1 ou 0 pontos – TVP pouco provável.

Aplicar o escore em pessoas com suspeita clínica de TVP (edema de membro inferior e dor/aumento de sensibilidade a palpação de veias profundas).

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2020)

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 9 apresenta o escore de Wells para análise do Tromboembolismo Pulmonar TEP.

Figura 9 - Escore de Wells para análise do Tromboembolismo Pulmonar TEP

SUSPEITA DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) – ESCORE DE WELLS PARA TEP	
Características clínicas	Pontos
Sinais e sintomas de TVP (edema de membro inferior e dor a palpação de veias profundas)	3
Diagnóstico alternativo é menos provável que TEP (dor torácica, falta de ar ou hemoptise não é provavelmente explicado por outra condição clínica)	3
Frequência cardíaca > 100 batimentos por minuto	1,5
Imobilização (> 3 dias) ou cirurgia nas últimas quatro semanas	1,5
TVP ou TEP prévio	1,5
Hemoptise	1
Câncer em atividade (tratamento atual ou nos últimos seis meses ou cuidados paliativos)	1

Escore simplificado de probabilidade clínica para TEP

- Mais de 4 pontos – TEP provável. Encaminhar para avaliação em serviço de emergência.
- 4 ou menos pontos – TEP pouco provável. Porém se a suspeita clínica é elevada, encaminhar para investigação em serviço de emergência.

Aplicar o escore em pessoas com suspeita de TEP (como dor torácica, falta de ar ou hemoptise, não explicável por outra doença previamente conhecida e mais provável).

Fonte: National Institute for Health and Care Excellence (2020)

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 10 apresenta características do Aneurisma de Aorta.

Figura 10 - Características do Aneurisma de Aorta

ANEURISMA DE AORTA

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE NECESSITAM ENCAMINHAMENTO

- Aneurismas com diâmetro maior ou igual a 4,5 cm; ou
- Com expansão rápida (maior do que 1 cm no ano ou 0,5 cm em seis meses); ou
- Pacientes com outros aneurismas periféricos (artérias ilíacas, femorais ou poplíteas); ou
- Para acompanhamento com exame de imagem quando indisponível na Atenção Primária em Saúde (APS).

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER:

- Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio);
- Alterações ao exame físico;
- História familiar de doenças vasculares;
- Descrever atendimentos prévios em emergência e conduta na ocasião (se realizado);
- Medicamentos em uso, com posologia;
- Anexar e descrever laudo de exames complementares com data (se realizados);
- Presença de fatores de risco para ruptura de aneurisma, se presentes. Por exemplo: DPOC, hipertensão, assimetria do saco aneurismático, sexo feminino e fumo.

PRIORIDADES PARA REGULAÇÃO

- Aneurisma fusiforme com crescimento maior do que 0,5 cm em seis meses ou 1 cm 3 ao ano;
- Aneurismas fusiforme maiores que 5 cm;
- Aneurismas saculares devem ser encaminhados para cirurgia vascular independentemente do tamanho.

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

- Paciente apresentando dor de forte intensidade, constante e que não alivia com mudança de posição, geralmente em posição lombar ou epigástrica, associada à palidez e sudorese, com ou sem alterações hemodinâmicas;
- Aneurismas maiores que 5 cm com dor e/ou síncope associadas ao aneurisma.

OBSERVAÇÕES:

- Aneurisma de Aorta Abdominal em paciente assintomático deve ser monitorado com exame de ultrassonografia abdominal total a cada seis meses na APS.
- A ruptura de um aneurisma de aorta abdominal deve ser considerada umas das mais frequentes causas de dor abdominal de início súbito em pacientes com mais de 60 anos de idade. Se houver hipotensão arterial, o diagnóstico é quase definitivo.

ORIENTAÇÃO PARA ACOMPANHAMENTO DE ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL COM ECOGRAFIA	
Diâmetro do Aneurisma	Periodicidade do acompanhamento com ecografia
> 2,5 a 2,9 cm	Repetir exame em dez anos.
≥ 3 a 3,9 cm	Repetir exame a cada três anos.
≥ 4 a 4,9 cm	Repetir exame a cada doze meses (acima de 4,5 cm, encaminhar para Cirurgião Vascular avaliar benefício cirúrgico).
≥ 5,0 a 5,4 cm	Repetir exame a cada seis meses (encaminhar para Cirurgião Vascular avaliar benefício cirúrgico).

Chaikof et al. (2018)

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 11 apresenta a classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento.

Figura 11 - Classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento



Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 12 apresenta características do Pé Diabético.

Figura 12 - Características do Pé Diabético

PÉ DIABÉTICO

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE NECESSITAM ENCAMINHAMENTO

- Pacientes com lesões isquêmicas, neuropáticas ou infecciosas no(s) pé(s) (úlceras);
- Ausência de pulsos periféricos nos membros inferiores;
- Claudicação intermitente;
- Dor isquêmica em repouso.

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER:

- Sinais e sintomas: detalhar condições descritas acima;
- Descrever tempo de evolução, frequência dos sintomas, relação com esforço ou outros fatores desencadeantes ou de alívio;
- Descrever atendimentos prévios em emergência e conduta na ocasião (se realizado);
- Descrever as comorbidades, tabagismo, obesidade, dislipidemia;
- Medicamentos em uso, com registro da posologia;
- Resultados dos exames laboratoriais: creatinina, glicemia de jejum, hemoglobina glicada;
- Elementos anormais de Sedimento (EAS);
- Descrever os laudos de exames complementares com data;
- Ultrassonografia Abdominal Total (USG) com doppler arterial de Membros Inferiores (MMII), Raio X simples Antero Posterior (AP)/Perfil do pé, se deformidades em dedos e/ou do arco plantar, presença de alterações tróficas (escassez de pêlos, unhas dos pés quebradiças, pulsações diminuídas ou ausentes, hipotrofia do membro acometido, úlcera);
- Fazer diagnóstico diferencial com Hanseníase.

PRIORIDADES PARA REGULAÇÃO

- Presença de alterações tróficas no pé sem avaliação prévia do especialista;
- Claudicação intermitente (dor) com sintomas limitantes de atividades diárias.

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE REDEM SER ENCAMINHADAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

- Presença de sinais flogísticos no pé (dor, edema e hiperemia) e febre;
- Úlceras agudas infectadas.

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 13 apresenta a classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento.

Figura 13 - Classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento



Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 14 apresenta características da Insuficiência Venosa Crônica.

Figura 14 - Características da Insuficiência Venosa Crônica

INSUFICIÊNCIA VENOSA CRÔNICA

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE NECESSITAM ENCAMINHAMENTO:

- Insuficiência venosa crônica (classificação CEAP C3 ou C4) refratária ao tratamento conservador na APS por seis meses - vide Classificação CAP para Insuficiência Venosa Crônica;
- Insuficiência venosa crônica sem melhora, com terapêutica conservadora com vistas a procedimento cirúrgico;
- Todas as úlceras venosas de membros inferiores de classificação CEAP C5 ou C6 - vide Classificação CEAP para Insuficiência Venosa Crônica (Quadro 2);
- Paciente com quadro recorrente de Trombose Venosa Profunda (TVP);
- Investigar trombofilia (avaliar encaminhamento ao Hematologista);
- Investigar neoplasia do aparelho digestivo (Considerar Endoscopia Digestiva Alta (EDA)/Colonoscopia/USGde Abdome Total antes de encaminhar ao Gastroenterologista).

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO QUE O ENCAMINHAMENTO DEVE CONTER:

- Sinais e sintomas (descrever tempo de evolução, presença de úlcera, seu aspecto e se úlcera atual ou prévia, palpação de pulsos arteriais, entre outros);
- Dados relevantes da história clínica e do exame físico;
- Descrever episódio de tromboembolismo venoso prévio, se houver;
- Tratamento realizado para insuficiência venosa crônica (descrever tratamento conservador, medicamentos utilizados e tempo de duração);
- Se presença de úlcera crônica, descrever tratamento realizado: anexar laudo de USG com doppler venoso, preferencialmente, ou descrever na íntegra os seus resultados, com data (se realizado).

PRIORIDADES PARA REGULAÇÃO

- Presença de úlcera em membros inferiores (CEAP C5 ou C6) - se possível solicitar ecodoppler venoso bilateral de membros inferiores, de veias ilíacas e veia cava;
- Presença de varizes de grosso calibre;
- Alterações tróficas, tais como: hiperpigmentação, eczema, lipodermatoesclerose e úlcera venosa em membros inferiores;
- Episódio de varicorrágia prévia.

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE DEVEM SER ENCAMINHADAS AO SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA:

- Suspeita de trombose venosa profunda (presença de edema unilateral em membros inferiores, dor e empastamento na panturrilha);
- Tromboflebite superficial localizada próximo à junção safeno-femoral ou safeno-poplítea;
- Varicorragia não controlada com elevação do membro acometido e compressão local da veia;
- Quadro agudo de erisipela não controlado na rede.

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 15 apresenta a Classificação da Insuficiência Venosa Crônica dos Membros Inferiores (CEAP).

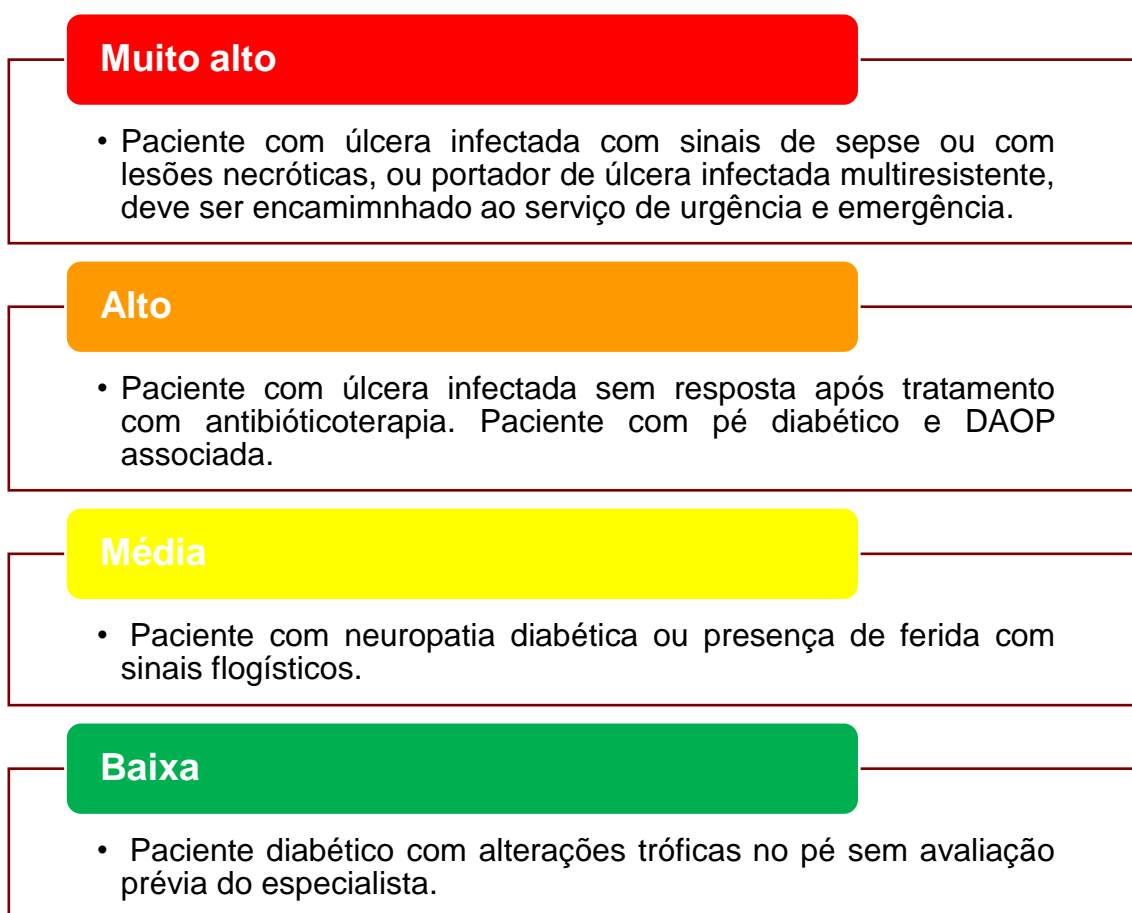
Figura 15 - Classificação CEAP para insuficiência venosa crônica

Classificação CEAP	Descrição
C0	Sem Sinais de Doença Venosa Crônica
C1	Telangiectasias ou veias reticulares
C2	Veias varicosas
C3	Edema
C4	Alterações de pele
C5	Úlcera venosa cicatrizada
C6	Úlcera venosa ativa

Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

A Figura 16 apresenta a classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento.

Figura 16 - Classificação em função dos critérios de prioridade de atendimento




Fonte: Adaptado de Cesana *et al.* (2021).

CAPÍTULO 4

Como preencher adequadamente a Guia de
Referência e Contrarreferência

Guia de referência e contrarreferência utilizada Secretaria de Saúde do Município de Campo Mourão – Paraná.

 REFERÊNCIA			
PACIENTE	Nome:	F. Familiar (geral)	
	1	2	
DE	Unidade de Saúde	Idade:	Sexo:
	3	4	5
PARA	Nome e n° do CR do Profissional (carimbo)	Fonte:	
	6	7	
	Especialidade:	Data:	
	8	9	
	Nome do Profissional:	Data da consulta:	
	10	11	
	Local do Encaminhamento:	Hora:	
	12	13	
História clínica (dirigida à causa do encaminhamento):			
14			
Exame Físico:			
15			
Resultados de Exames complementares já realizados (com data)			
16			
Impressão Diagnóstica			
17			
Terapêutica já utilizada (com posologia)			
18			
Solicitações:			
19			

<h1>CONTRA-REFERÊNCIA</h1>	
Avaliação Clínica: <div style="text-align: center;">20</div>	
Diagnóstico provisório: <div style="text-align: center;">21</div>	
Diagnóstico definitivo:	
Investigação diagnóstica - exames complementares solicitados: <div style="text-align: center;">22</div>	
Terapêutica diagnóstica - exames complementares solicitados: <div style="text-align: center;">23</div>	
Retorno em: <div style="text-align: center;">24</div>	<input type="text"/> dias <input type="text"/> meses <input type="text"/> anos
Desnecessário retorno: <input type="text"/>	
Solicitações: <div style="text-align: center;">25</div>	
Nome e nº CR do Profissional (carimbo) <div style="text-align: center;">26</div>	Data: <div style="text-align: center;">27</div>

Informações a serem preenchidas nos campos dos da Guia de Referência.

(Preenchido pelo médico que está realizando o encaminhamento a outro profissional).

- 1 – Informar o nome completo do paciente, sem abreviações. Informar sempre o nome oficial que consta no documento oficial. Caso o paciente possua um nome social ele também deve ser informado entre parentes e em primeiro plano (Exemplo: Nome Social – Maria).
- 2 – Informar o número da Ficha Familiar de cadastro na Equipe de Saúde da Família da Unidade Básica de Saúde a qual o paciente está adscrito.
- 3 – Informar a unidade de saúde do médico de atendimento básico que está realizando o encaminhamento.
- 4 – Informar a idade do paciente.
- 5 – Informar sexo masculino ou feminino. Caso o paciente deseje informar seu gênero deve-se realizar um asterisco neste campo e no verso da guia repetir o asterisco e relatar o gênero informado pelo paciente.
- 6 – Informar o nome completo do Profissional que está realizando o encaminhamento e o número do respectivo conselho de classe.
- 7 – Informar o nível de saúde em que o profissional está atendendo (ex. atenção primária, secundária, etc.).
- 8 – Informar o nome da especialidade para a qual está realizando o encaminhamento.
- 9 – Informar a data da realização do encaminhamento.
- 10 – Informar, se houver, o nome do profissional específico para o qual está realizando o encaminhamento.
- 11 – Informar a data da consulta com o especialista.
- 12 – Informar o local da consulta com o especialista.
- 13 – Informar o horário da consulta com o especialista.
- 14 – Informar a História Clínica do Paciente relacionada ao motivo que levou ao encaminhamento ao especialista indicado.
- 15 – Informar o Exame Físico realizado na consulta e os achados pertinentes ao especialista.
- 16 – Informar os exames complementares que já haviam sido realizados na data da consulta e a data da realização deles.
- 17 – Informar a impressão diagnóstica da consulta.
- 18 – Informar a terapêutica adotada após a consulta e até a consulta com o especialista, incluindo toda a posologia proposta.
- 19 – Informar as solicitações para o médico especialista realizar avaliação.

Informações a serem preenchidas nos campos dos da Guia de Contrarreferência.

(Preenchido pelo médico especialista que recebe o paciente encaminhado e devolve para a unidade de saúde de origem).

20 – Informar os dados da avaliação clínica realizada no ato da consulta.

21 – Informar o possível Diagnóstico Provisório para o caso do paciente ou o Diagnóstico Definitivo, se este já estiver estabelecido.

22 – Informar os exames solicitados para melhor investigação diagnóstica.

23 – Informar a Terapêutica proposta para o caso do paciente e outros exames complementares solicitados, se necessário.

24 – Informar sobre o prazo de retorno, se este deve acontecer em dias, semanas ou meses, ou se não for necessário o retorno também deve ser informado.

25 – Informar as solicitações para o profissional ao qual o paciente está sendo “devolvido”.

26 – Informar os dados profissionais do médico que realizou o atendimento, nome completo, e registro profissional, com carimbo.

27 – Informar da data do atendimento e preenchimento da contrarreferência.

Referências

- ALBIERI, F. A. O.; CECILIO, L. C. O. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. esp., p. 184-195, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/0103-1104.2015s005231>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- ALBRINCKER, M. *et al.* Prevenção de Tromboembolismo Venoso em Pacientes Internados. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, [S.l.], v. 48, n. 4, p. e20220161, 2022.
- ASKIN, L.; TANRIVERDI, O.; ASKIN, H. S. O efeito da doença de coronavírus 2019 nas doenças cardiovasculares. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, [S.l.], v. 114, n. 5, p. 817-822, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20200273>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- BATTINELLI, E. M.; MURPHY, D. L.; CONNORS, J. M. Venous Thromboembolism Overview. **Hematology/Oncology Clinics of North America**, [S.l.], v. 26, n. 2, p. 345-367, apr. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hoc.2012.02.010>. Acesso em: 05 ago. 2022.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G.; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. *In*: BAUER, M. W.; GASKEL, G. (Org.). **Pesquisa Qualitativa com texto Imagem e Som – um manual prático**. 13 ed. Petrópolis: Vozes. cap. 1, p. 17-36, 2015.
- BECKER, M.; BONAMIGO, T. P.; FACCINI, F. P. Avaliação da mortalidade cirúrgica em aneurismas infra-renais da aorta abdominal. **Jornal Vascular Brasileiro**, [S.l.], v. 1, n. 1, p. 15-21, 2020.
- BERNARDINO JUNIOR, S. V. *et al.* Processos de encaminhamento a serviços especializados em cardiologia e endocrinologia pela Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 126, p. 694-707, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012608>. Acesso em: 05 ago. 2022.
- BERTOCHI, T.; GOMES, R. Z.; MARTINS, M. Mobilidade da articulação talocrural como fator preditor no prognóstico de cicatrização em portadores de insuficiência venosa crônica com úlcera venosa. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 18, e20180133, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.180133>. Acesso em: 24 jun. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.559, de 1 de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília: DF, 2008. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html. Acesso: 23 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: DF, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. *E-book* (28 p.). ISBN 978-85-334-2018-2. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes%20_cuidado_pessoas%20_do_doenc_cronicas.pdf. Acesso em: 05 ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica; 14), ISBN 85-334-1197-9, 56 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada Cardiologia.** V. 2. (23 p.). Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_especializada_cardiologia_v_II.pdf. Acesso: 20 nov. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Regulação em saúde: Direito do Cidadão e Dever do Estado.** Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAMPO MOURÃO. PARANÁ. SECRETARIA DE SAÚDE. **Secretaria Municipal de saúde.** 2022. Disponível em: <https://campomourao.atende.net/subportal/secretaria-de-saude/pagina/unidades-basicas-de-saude>. Acesso: 20 nov. 2022.

CARROLL, B. J.; PINTO, D. S.; SANINA, C. Chronic venous disorders. *In*: WILEY, J.M., editor. **Endovascular interventions.** London: John Wiley & Sons, 2019. p. 251-65.

CESANA, A. C. *et al.* **Protocolo de Gestão do Cuidado e Autorregulação Formativa Territorial.** Instituto Capixaba de Ensino Pesquisa e Inovação em Saúde. Governo do Estado do Espírito Santo. Subsecretaria Estadual de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde (SSERCAS). Espírito Santo, 2021.

CESARINO, C. B. *et al.* Avaliação do risco cardiovascular de pacientes renais crônicos segundo critérios de Framingham. **Acta Paulista de Enfermagem**, [S.l.], v. 26, n. 1, p. 101-107, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002013000100016>. Acesso em: 24 jun. 2022.

CHOBANIAN, A. V. *et al.* The seventh report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC VII). **JAMA**, [S.l.], v. 289, n. 19, p. 2560-2571, 2003.

COURTOIS, M. C.; ZAMBON, J. Várices e insuficiência venosa crônica. **EMC Tratado de Medicina**, [S.l.], v. 23, n. 1, p. 1-11, 2019.

DEAK, S. T. Retrograde administration of ultrasound-guided endovenous microfoam chemical ablation for the treatment of superficial venous insufficiency. **Journal of Vascular Surgery: Venous and Lymphatic Disorders**, [S.l.], v. 6, n. 4, p. 477-484, 2018.

FERREIRA, L. T. *et al.* Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 182- 188, 2011.

GUTIERREZ, P. S.; TAVORA, F. R. F.; BORGES, L. F. Vasos Sanguíneos e Linfáticos. *In*: BRASILEIRO FILHO, G. **Bogliolo Patologia**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE. **Panorama geral**. 2022. Disponível: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pr/campo-mourao/panorama>. Acesso: 20 nov. 2022.

LOPES, G. S. G. *et al.* Representações sociais sobre pé diabético: contribuições para Atenção Primária à saúde no Nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.l.], v. 26, n. 5, p. 1793-1803, 2021.

MAIA, M. *et al.* Síndrome pós-trombótica e qualidade de vida em doentes com trombose venosa ilio-femoral. **Angiologia e Cirurgia Vascular**, [S.l.], v. 10, n. 4, p. 173-179, 2014.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. ISBN: 978-85-7967-078-7.

MILECH, A. Pé diabético. *In*: OLIVEIRA, J. E. P.; MILECH, A. organizadores. **Diabetes Mellitus**: clínica, diagnóstico, tratamento multidisciplinar. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 7-14.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14^a edição. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOTA, L. P. *et al.* Aneurisma de aorta abdominal: Importância do diagnóstico precoce. **Research, Society and Development**, [S.l.], v. 11, n. 3, e15211326251, 2022.

NASCIMENTO, B. R. *et al.* Epidemiologia das doenças cardiovasculares em países de Língua Portuguesa: dados do " Global Burden of Disease", 1990 a 2016. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.l.], v. 110, n. 6, p. 500-511, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20180098>. Acesso em: 12 out. 2022.

NETO, L. M. S.; NASCIMENTO, C. L. S. Fatores de risco para doença arterial obstrutiva periférica. **Jornal Vascular Brasileiro**, [S.l.], v. 6, n. 2, p. 168-175, 2007.

OLIVEIRA, G. M. M. *et al.* Estatística Cardiovascular–Brasil 2021. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 1, p. 115-373, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20211012>. Acesso em: 12 out. 2022.

OLIVEIRA, J. C. *et al.* Pé diabético e amputações em pessoas internadas em hospital público: estudo transversal. **ABCS Health Sci.**, [S.l.], v. 41, n. 1, p. 34-39, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **Doenças cardiovasculares**. 2022. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>. Acesso: 20 nov. 2022.

ÖZBERK, S. *et al.* The relationship between quality of life, functional capacity, physical activity and performance levels in chronic venous disease. **EJCM**. [S.l.], v. 6, n. 3, p. 97- 101, 2018.

PETTO, J. *et al.* Importância da qualidade da formação acadêmica no tratamento da Insuficiência Venosa Crônica. **Int J Cardiovasc Sci**, [S.l.], v. 29, p. 31-36, 2016.

PINTO, L. F. *et al.* A regulação municipal ambulatorial de serviços do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro: avanços, limites e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26422016>. Acesso em: 05 ago. 2022.

SANTOS, I. C. R. V. *et al.* Factors associated with diabetic foot amputations. **Jornal Vascular Brasileiro**, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 37-45, 2015.

SAVINO NETO, S.; NASCIMENTO, J. L. M. Doença arterial obstrutiva periférica: novas perspectivas de fatores de risco. **Rev. Para. Med.**, Belém, v. 21, n. 2, 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.gov.br/pdf/rpm/v21n2/v21n2a07.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2022.

SIQUEIRA, A. S. E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G.; LAND, M. G. P. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.l.], v. 109, n. 1, p. 39-46, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20170068>. Acesso em: 12 out. 2022.


SIQUEIRA, F. Aneurisma de aorta: etiologia, fisiopatologia, diagnóstico e tratamento. **Revista Brasileira de Cardiologia**, [S.l.], v. 34, n. 4, p. 334-339, 2021.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde; 2002. ISBN: 85-87853-72-4.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals** [internet]. Geneva: Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://reliefweb.int/report/world/world-health-statistics-2017-monitoring-health-sdgs>. Acesso em: 23 nov. 2022.

ANEXO C

Guia de referência e contrarreferência utilizada pela Secretaria de Saúde do Município de Campo Mourão – Paraná.

 SUS <small>Sistema Único de Saúde</small>			
REFERÊNCIA			
PACIENTE	Nome:	F. Familiar (geral)	
DE	Unidade de Saúde	Idade:	Sexo:
	Nome e n° do CR do Profissional (carimbo)	Fonte:	
PARA	Especialidade:	Data: / /	
	Nome do Profissional:	Data da consulta:	
	Local do Encaminhamento:	Hora:	
História clínica (dirigida à causa do encaminhamento):			
Exame Físico:			
Resultados de Exames complementares já realizados (com data)			
Impressão Diagnóstica			
Terapêutica já utilizada (com posologia)			
Solicitações:			

CONTRA-REFERÊNCIA

Avaliação Clínica:

Diagnóstico provisório:

Diagnóstico definitivo:

Investigação diagnóstica - exames complementares solicitados:

Terapêutica diagnóstica - exames complementares solicitados:

Retorno em:

dias

meses

anos

Desnecessário retorno:

Solicitações:

Nome e nº CR do Profissional (carimbo)

Data: