

Rede de atenção à saúde no cuidado do paciente hipertenso, município de São Paulo, Brasil

Delivery of Health Care on Arterial Hypertension patients, São Paulo, Brazil

Joacira Mota Matos Santos¹, Camila Nascimento Monteiro², Álvaro Escrivão Junior³

ARTIGO ORIGINAL – Recebido: setembro de 2018 – Aceito: março de 2021

RESUMO

Pretendeu-se identificar fatores limitantes e favorecedores do modelo de referência e contrarreferência adotado entre os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) e a Atenção Especializada (AE), no cuidado de pacientes hipertensos na Rede de Cuidados Continuados de Saúde (RAS). A população do estudo foi de 158 médicos, cadastrados em 87 equipes de saúde da família, de 25 serviços de APS do distrito de saúde do Campo Limpo, município de São Paulo. Pesquisa de caráter exploratório, descritivo, com abordagem quantitativa. Foi elaborado instrumento de pesquisa contendo identificação geral, formação, tempo de trabalho na APS e tempo de prática clínica; seguidos de 25 frases afirmativas, independentes sobre a temática, apresentadas para atender os objetivos do estudo. Foi utilizada a Escala de Likert para avaliar a concordância para as frases apresentadas. A pesquisa de campo ocorreu em abril de 2018. Participaram do estudo, de forma voluntária, 130 médicos. Foi apontada baixa interlocução entre os profissionais da APS e da AE; fragilidades no processo de trabalho das equipes de saúde da família, no que se refere à gestão da clínica e responsabilidade sanitária, apontando que questões administrativas, relacionadas aos fluxos interno e externo do paciente na RAS estão mais definidas no processo de trabalho das Unidades. Foram observadas fragilidades na integração entre a APS e a AE, apontando desafios a serem enfrentados, para a melhor integração, interlocução e qualidade do cuidado dos pacientes hipertensos.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial. Atenção Primária à Saúde. Rede de Cuidados Continuados de Saúde. Gestão dos Serviços de Saúde.

ABSTRACT

It is intended to identify limiting and favorable factors of the reference and counter-reference model adopted between the PHC services and the Specialized Care (SC), in the care of hypertensive patients. The study population consisted of 158 doctors, registered in 87 family health teams of 25 from PHC services in the health district of Campo Limpo, municipality of São Paulo, Brazil. Exploratory, descriptive research with a quantitative approach. A research instrument was prepared containing general identification, training, working time in the PHC and clinical practice time; followed by 25 affirmative sentences. The Likert Scale was used to assess the agreement for the sentences presented. Data was collected in April 2018. 130 physicians participated in the study. Low interlocution was pointed out between PHC and SC professionals; weaknesses in the work process of family health teams, regarding to clinic management and health responsibility, pointing out that administrative issues related to the patient's internal and external flows in the health care services are more defined in the work process of the Units. Weaknesses were observed in the integration between PHC and SC, with challenges to be faced, for better integration, dialogue and quality of care for hypertensive patients. It is proposed that further studies be carried out in the territory, considering other professional categories, as well in Specialized Health Care Services.

Keywords: Arterial Hypertension. Primary Health Care. Delivery of Health Care. Health Services Administration.

¹ Enfermeira. Mestra em Gestão para a Competitividade, especialista em Enfermagem Preventiva, Perinatologia e Oncologia.

Coordenadora da Unidade Básica de Saúde Campo Limpo pelo Hospital Israelita Albert Einstein. *E-mail*: joaciramms@gmail.com

² Farmacêutica. Mestra e doutora pelo Programa de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP. Atualmente, pesquisadora do Núcleo de Apoio ao Desenvolvimento Científico no Instituto Israelita de Responsabilidade Social Albert Einstein/Hospital Israelita Albert Einstein.

³ Médico. Mestre em Medicina Preventiva (1986) e doutor em Medicina Preventiva (1999) pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professor da Fundação Getúlio Vargas — SP e coordenador do Curso de Auditoria em Serviços e Sistemas de Saúde do FGV-PEC.

INTRODUÇÃO

Os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) desempenham a função de resolver 90% das condições que se apresentam e de regular os fluxos e contrafluxos de pessoas usuárias entre eles e os demais pontos de atenção à saúde, de acordo com sua respectiva estratificação de risco. Assim, a APS, nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), possui as funções de resolutividade e coordenação do cuidado, mediante o ato decisório de acompanhar e/ou encaminhar uma pessoa a um serviço de atenção secundária ou terciária.¹

A qualidade dos serviços de APS poderá ser avaliada de acordo com a forma como seus atributos são operacionalizados, sendo considerado o primeiro contato, como “porta” de entrada do usuário; a longitudinalidade, constituída pelo cuidado ao usuário ao longo dos anos; a integralidade, atendendo as necessidades da população, articulada a outros níveis de atenção e coordenação do cuidado, garantida pela continuidade do cuidado.¹⁻³

As Doenças Cardiovasculares (DCV) representaram 22,6% das mortes prematuras no Brasil, entre indivíduos de 30 e 69 anos de idade. A Hipertensão Arterial (HA) é considerada o principal fator de risco para essa condição, sendo prevalente em 32,3% da população (IC_{95%} 31,7- 33,0) e mais prevalente entre homens, aumentando com a idade, chegando a 71,7% para os indivíduos acima de 70 anos.⁴

Nesse contexto, a HA é um grave problema de saúde pública. As ações desenvolvidas nas RAS para controle da HA são foco dos serviços de APS. Além de apresentar alto custo social, a HA é importante fator de risco para o agravamento das condições de saúde, para a perda da qualidade de vida, para a letalidade precoce e para os altos custos do sistema de saúde. No Brasil, com o avanço das doenças crônicas, intervenções em rede voltadas para prevenção de agravos e promoção da saúde de pacientes com condições crônicas estão previstas no plano de ações estratégicas.⁵

Considerando o cenário epidemiológico da HA, a diretriz da APS como ordenadora e coordenadora do paciente na RAS e a necessidade de ações integradas e articuladas para melhores resultados clínicos e econômicos, faz-se importante avaliar o funcionamento na prática dos serviços de saúde.

O objetivo do estudo foi identificar fatores limitantes e favorecedores do modelo de referência e contrarreferência no cuidado de pacientes hipertensos adotado entre os serviços de Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada.

MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo é um recorte do projeto de pesquisa Avaliação do modelo de referência e

contrarreferência no cuidado de pacientes hipertensos, na rede de atenção à saúde, sob a ótica da atenção primária, aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CAAE 83123018.4.3001.0086), sendo consideradas as diretrizes da Resolução n.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Pesquisa exploratória, descritiva, com abordagem quantitativa. A população do estudo foi constituída de 158 médicos, cadastrados nas 87 Equipes de Saúde da Família, lotadas em 25 UBS, do distrito de Saúde do Campo Limpo, zona sul do município de São Paulo, com uma população adstrita estimada de 665.887 habitantes⁶. A escolha do local de estudo ocorreu por conveniência, considerando que profissionais envolvidos no estudo trabalhavam no território. A categoria médica foi escolhida por ser o principal encaminhador dos pacientes dos serviços de APS para Atenção Especializada (AE).

Para a coleta de dados foi elaborado um formulário com questões sobre dados de identificação do profissional (sexo, idade), formação (titulação e tempo de formação), tempo de trabalho na APS e tempo semanal de dedicação à prática clínica.

Na sequência, constavam 25 frases afirmativas, independentes, sobre o processo de trabalho e cuidado do paciente hipertenso na rede local. Esse instrumento foi construído a partir do módulo IV da avaliação externa do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ – AB)² e da pesquisa bibliográfica sobre a temática, apontando questões estratégicas para identificar os objetivos do estudo. Para checagem do instrumento, efetuou-se um pré-teste com oito médicos, com o objetivo de promover ajustes no instrumento. As respostas do instrumento consideraram uma Escala Likert de 5 pontos, contemplando os itens: (1) Discorda Totalmente, (2) Discorda, (3) Não Concorda nem Discorda, (4) Concorda e (5) Concorda Totalmente.⁷

O instrumento conteve apenas questões afirmativas, então, quanto maior o valor obtido, maior a concordância frente à questão apresentada e, conseqüentemente, os fatores com maior escore indicam serem favorecedores do modelo de referência e contrarreferência no cuidado de pacientes hipertensos adotado entre os serviços de Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada. Foram considerados como altos os escores >4,0.

Fatores com escore médio indicam que os médicos não possuíam posicionamento claro sobre a questão. Foram considerados média concordância os escores entre 3,0 e 3,9. Por fim, quanto menor o valor, menor a concordância. Foram considerados baixa concordância os escores <3,0. Os fatores com menor escore apontam fragilidade no modelo de referência e contrarreferência, no cuidado de pacientes hipertensos, adotado entre os serviços de Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada local, sendo considerados fatores limitantes. O instrumento de pesquisa está descrito no formulário a seguir (Tabela 1):

Tabela 1 – Instrumento de pesquisa

Frases apresentadas	Discorda Totalmente	Discorda	Não Concorda nem Discorda	Concorda	Concorda Totalmente	Escore obtido
1. Os pacientes hipertensos são referenciados para a atenção especializada pelos médicos da atenção básica, por meio de guia física de referência e contrarreferência.						
2. Os pacientes hipertensos, após o atendimento com o especialista são contrarreferenciados à atenção básica, com relatório do atendimento.						
3. Os pacientes informam que os especialistas solicitam a guia de referência preenchida pelo médico da Unidade Básica.						
4. Os pacientes hipertensos, após o atendimento na urgência, emergência são contrarreferenciados à atenção básica, com relatório do atendimento.						
5. Eu participo de atividade de educação, como reuniões, treinamentos ou discussões de casos, com especialistas sobre o cuidado do paciente hipertenso.						
6. Há uma lista de contato na Unidade com os nomes dos especialistas e dos locais de atendimento, na rede de atenção à saúde.						
7. Os especialistas que atendem os pacientes hipertensos entram em contato comigo para discutir casos de pacientes, quando necessário.						
8. A minha equipe de saúde da família tem como rotina estratificar o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos diagnosticados.						

(Continuação)

Frasas apresentadas	Discorda Totalmente	Discorda	Não Concorda nem Discorda	Concorda	Concorda Totalmente	Escore obtido
<p>9. Ao referir o paciente hipertenso para o especialista sempre preencho todos os campos da guia de encaminhamento: identificação do paciente, CID, hipótese diagnóstica, motivo do encaminhamento, tratamento prévio e resultados dos exames já realizados.</p>						
<p>10. A minha equipe de saúde da família mantém registro interno dos usuários hipertensos, de maior risco, encaminhados para outros pontos de atenção na rede.</p>						
<p>11. Os demais membros da equipe de saúde da família participam do processo de referência e contrarreferência do paciente hipertenso na RAS.</p>						
<p>12. A minha equipe utiliza o critério de estratificação de risco cardiovascular para encaminhar o paciente hipertenso ao serviço de atenção especializada.</p>						
<p>13. A minha equipe de saúde da família acompanha a fila de espera dos pacientes hipertensos, que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção.</p>						
<p>14. A consulta médica é agendada pela Unidade Básica com o especialista, sem a presença do paciente, posteriormente ele é informado pelo assistente de atendimento da regulação da Unidade sobre a data e o horário.</p>						
<p>15. Tenho conhecimento dos Ambulatórios de Especialidades que atendem os pacientes hipertensos que eu encaminho.</p>						

(Continuação)

Frases apresentadas	Discorda Totalmente	Discorda	Não Concorda nem Discorda	Concorda	Concorda Totalmente	Escore obtido
16. Há presença de fluxo de comunicação institucionalizado entre as equipes de saúde família e a atenção especializada na Unidade que trabalho.						
17. O gestor da Unidade discute sobre a Regulação de forma periódica com a equipe durante as reuniões técnicas.						
18. Os assistentes de atendimento do setor de Regulação da Unidade que trabalho são treinados para agendar os pacientes na rede de atenção à saúde.						
19. Há protocolo disponível na Unidade que orienta quanto à prioridade dos casos de pacientes hipertensos para encaminhamento na RAS.						
20. Na Unidade há um líder clínico médico que apoia à equipe de saúde da família nas demandas da Regulação.						
21. Há protocolo disponível na Unidade Básica de Saúde sobre as diretrizes terapêuticas para cuidado do paciente hipertenso.						
22. Eu tenho acesso ao especialista quando preciso discutir algum caso de paciente hipertenso.						
23. Há disponibilidade de agendamento dos exames diagnósticos para acompanhamento dos pacientes hipertensos na rede de atenção à saúde (baixa fila de espera).						
24. Há disponibilidade de agendamento com os especialistas para acompanhamento dos pacientes na rede de atenção à saúde (baixa fila de espera).						

Frases apresentadas						(Conclusão)
	Discorda Totalmente	Discorda	Não Concorda nem Discorda	Concorda	Concorda Totalmente	Escore obtido
25. Os pacientes hipertensos realizam seus exames e consultas com o especialista em locais próximos da sua residência.						

Fonte: elaborada pelos autores

A visita para apresentação da pesquisa foi acordada com os gerentes das Unidades. Todos os médicos foram convidados a participarem voluntariamente do estudo, sendo esclarecidos os procedimentos éticos, incluídos no estudo, mediante ciência das informações e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). A coleta de dados ocorreu durante o mês de abril de 2018.

RESULTADOS

Aceitaram participar do estudo 130 médicos, perfazendo o total de 82,3% dos profissionais que trabalhavam nas Equipes de Saúde da família das 25 Unidades Básicas de Saúde (UBS), do distrito de saúde do Campo Limpo, na zona sul, do município de São Paulo. Os demais, 17,7% não foram incluídos no estudo, sendo 25 (15,8%) por não estarem ativos na Unidade durante o período de coleta de dados do estudo, devido a atestado médico, férias, licença maternidade ou, ainda, por suas equipes estarem em processo de contratação do profissional. E os 3 (1,9%) restantes não foram incluídos por recusa.

A média de idade dos entrevistados foi de 35,7 anos, sendo 57% do sexo feminino e 43% masculino. Os profissionais tinham em média 9,2 anos de formados, sendo o maior tempo de formado 53 anos e o menor, menos de 1 ano. Observou-se que, de modo geral, os médicos dessa localidade ou são muito recentes em sua formação ou estão há muitos anos atuando na área.

Os profissionais tinham em média 68,1 meses de experiência em APS; 106,6 meses de trabalho na área da saúde e referiram dedicar-se em média 43,5 horas por semana à prática clínica. Ao serem questionados sobre formação profissional complementar, 83 (63,8%) médicos não possuíam nenhum curso de pós-graduação ou titulação e 47 (36,2%) referiram titulação complementar à graduação. Destes, apenas 26 (20%) declararam possuir formação específica na área de Medicina de Família e Comunidade.

A Tabela 1 apresenta os escores obtidos, por frase proposta para a avaliação. Em azul escuro, estão destacados os escores com alta concordância. Apresentaram alta concordância entre os entrevistados

20% (n=5) das afirmativas, sendo as questões 1, 8, 9, 14 e 18 escores acima de 4,0 pontos, tais questões se referem a: fluxos administrativos para encaminhamento do paciente; sistema de agendamento, comunicação com o paciente sobre o agendamento; o trabalho do assistente de atendimento da Regulação; o preenchimento adequado da guia de referência e contrarreferência e a utilização da estratificação de risco cardiovascular na rotina de acompanhamento da condição de saúde do paciente hipertenso.

Em laranja, destacam-se 24% (n=6) das afirmativas, as quais tiveram média concordância entre os participantes, sendo as questões 10, 11, 12, 17, 20 e 21, escores entre 3,0 e 3,9, apontando insuficiente conhecimento dos entrevistados acerca de questões que precedem o referenciamento do paciente, incluindo: o registro interno de pacientes hipertensos encaminhados; a utilização do critério de risco cardiovascular para encaminhar o paciente ao especialista; o envolvimento dos demais membros das equipes de saúde da família nas demandas da Regulação; a presença de um líder clínico para apoio às questões de Regulação na Unidade Básica de Saúde (UBS) e; a disponibilidade de protocolo clínico para cuidado do paciente hipertenso na Unidade.

Por fim, destacadas em cinza, as afirmativas com baixa concordância (escore <3,0), correspondendo a 56% (n=14) das afirmativas (questões 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13, 15, 16, 19, 22, 23, 24 e 25), apontando: ausência de retorno do especialista para o paciente hipertenso referenciado e não solicitação da guia de referência ao paciente no atendimento especializado; ausência de atividade de educação continuada entre os profissionais da APS e a AE local; ausência de fluxo de comunicação institucionalizado entre os serviços; problemas relacionados ao acesso de pacientes para a realização de consultas com especialistas, seja no agendamento rápido ou na realização de exames diagnósticos em locais próximos da residência; fragilidades na gestão das equipes de saúde da família, no que se refere ao acompanhamento do percurso do paciente hipertenso, desde o momento em que ele é encaminhado para a Regulação até o seu atendimento na atenção especializada.

Tabela 2 – Avaliação dos médicos generalistas sobre a referência e a contrarreferência no cuidado do paciente hipertenso na rede de atenção à saúde. Distrito de Saúde do Campo Limpo, São Paulo

Frases apresentadas	Escore obtido
1. Os pacientes hipertensos são referenciados para a atenção especializada pelos médicos da atenção básica, por meio de guia física de referência e contrarreferência.	4,3
2. Os pacientes hipertensos, após o atendimento com o especialista são contrarreferenciados à atenção básica, com relatório do atendimento.	1,9
3. Os pacientes informam que os especialistas solicitam a guia de referência preenchida pelo médico da Unidade Básica.	2,8
4. Os pacientes hipertensos, após o atendimento na urgência, emergência são contrarreferenciados à atenção básica, com relatório do atendimento.	2,5
5. Eu participo de atividade de educação, como reuniões, treinamentos ou discussões de casos, com especialistas sobre o cuidado do paciente hipertenso.	2,4
6. Há uma lista de contato na Unidade com os nomes dos especialistas e dos locais de atendimento, na rede de atenção à saúde.	1,8
7. Os especialistas que atendem os pacientes hipertensos entram em contato comigo para discutir casos de pacientes, quando necessário.	1,3
8. A minha equipe de saúde da família tem como rotina estratificar o risco cardiovascular dos pacientes hipertensos diagnosticados.	4,3
9. Ao referir o paciente hipertenso para o especialista sempre preencho todos os campos da guia de encaminhamento: identificação do paciente, CID, hipótese diagnóstica, motivo do encaminhamento, tratamento prévio e resultados dos exames já realizados.	4,3
10. A minha equipe de saúde da família mantém registro interno dos usuários hipertensos, de maior risco, encaminhados para outros pontos de atenção na rede.	3,8
11. Os demais membros da equipe de saúde da família participam do processo de referência e contrarreferência do paciente hipertenso na rede de atenção à saúde.	3,0
12. A minha equipe utiliza o critério de estratificação de risco cardiovascular para encaminhar o paciente hipertenso ao serviço de atenção especializada.	3,8
13. A minha equipe de saúde da família acompanha a fila de espera dos pacientes hipertensos, que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção.	2,9
14. A consulta médica é agendada pela Unidade Básica com o especialista, sem a presença do paciente, posteriormente ele é informado pelo assistente de atendimento da regulação da Unidade sobre a data e o horário.	4,1
15. Tenho conhecimento dos Ambulatórios de Especialidades que atendem os pacientes hipertensos que eu encaminho.	2,7
16. Há presença de fluxo de comunicação institucionalizado entre as equipes de saúde da família e a atenção especializada na Unidade que trabalho.	2,1
17. O gestor da Unidade discute sobre a Regulação de forma periódica com a equipe durante as reuniões técnicas.	3,8

(Conclusão)

Frases apresentadas	Escore obtido
18. Os assistentes de atendimento do setor de Regulação da Unidade que trabalho treinados para agendar os pacientes na rede de atenção à saúde.	são 4,3
19. Há protocolo disponível na Unidade que orienta quanto à prioridade dos casos de pacientes hipertensos para encaminhamento na rede de atenção à saúde.	2,9
20. Na Unidade há um líder clínico médico que apoia a equipe de saúde da família nas demandas da Regulação.	3,8
21. Há protocolo disponível na Unidade Básica de Saúde sobre as diretrizes terapêuticas para cuidado do paciente hipertenso.	3,7
22. Eu tenho acesso ao especialista quando preciso discutir algum caso de paciente hipertenso.	1,7
23. Há disponibilidade de agendamento dos exames diagnósticos para acompanhamento dos pacientes hipertensos na rede de atenção à saúde (baixa fila de espera).	2,6
24. Há disponibilidade de agendamento com os especialistas para acompanhamento dos pacientes na rede de atenção à saúde (baixa fila de espera).	2,2
25. Os pacientes hipertensos realizam seus exames e consultas com o especialista em locais próximos da sua residência.	2,8

Fonte: elaborada pelos autores

DISCUSSÃO

A análise dos achados é apresentada a seguir, em tópicos, na perspectiva de fornecer subsídios para melhor compreensão das respostas obtidas, considerando aspectos relacionados a: articulação entre a APS e a AE, a gestão clínica dos pacientes hipertensos, o protagonismo na APS e as lacunas no acesso à AE.

Articulação entre a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada

Os resultados retratam que os médicos não recebem a contrarreferência do paciente hipertenso após o atendimento na AE. Eles não têm participado de atividades de educação continuada ou de encontros clínicos para discutirem casos com os demais profissionais da RAS e que, não há no território um fluxo de comunicação institucionalizado entre as equipes de saúde da família e os demais pontos de atenção na RAS local para o cuidado do paciente hipertenso.

Além disso, observou-se que soluções simples, como lista de contatos dos especialistas, conhecimento dos ambulatórios onde os pacientes são atendidos, também não são uma realidade no território estudado.

A ausência de contrarreferência se dá tanto quando os pacientes são atendidos na AE quanto nos serviços de urgência/emergência. Há uma baixa articulação para a perspectiva do trabalho em rede no cuidado do paciente hipertenso no distrito de saúde estudado. A ausência de *feedback* do especialista tem sido uma realidade, conforme apontam alguns estudos.^{1, 8, 9}

Essa realidade pode ter como consequência pontos de atenção trabalhando de forma isolada, fragmentada, encaminhamentos desnecessários, aumento das filas de esperas, insatisfação da equipe, profissionais, pacientes e gestores. A relação entre a APS e a média complexidade é um dos fatores condicionantes da resolubilidade da atenção básica. É necessária a incorporação de estratégias de comunicação contínua entre os serviços, bem como avaliação da resolutividade dos atendimentos oferecidos nesses dois espaços.^{10,11}

A comunicação efetiva entre os profissionais e serviços se faz de extrema importância para favorecer a continuidade do cuidado e a qualificação da assistência prestada, como também para evitar a sobreposição de cuidados. Quando essa comunicação não ocorre na prática dos serviços, a rede fica fragmentada e contrapõe ao conceito de organizações poliárquicas de serviços de saúde, que possibilitam oferecer atenção integral, contínua, cooperativa, interdependente e coordenada de forma efetiva pela APS.¹

Vale reforçar, entretanto, que são necessárias diretrizes políticas no sentido de qualificar os diversos pontos de atenção da rede sob a lógica de apoio à APS, fomentando assim, a construção de práticas integradas, compartilhamento de fluxos, regulação e práticas de transferência de vínculo.^{1, 8}

Gestão da clínica dos pacientes hipertensos

Os profissionais demonstraram alta concordância frente ao preenchimento completo da guia de referência, à utilização do critério de estratificação de risco cardiovascular dos pacientes hipertensos diagnosticados e acompanhados nas UBS. Contudo, baixa concordância em relação à utilização desse critério para encaminhar os pacientes para serviços de maior complexidade na RAS e para o acompanhamento da fila de espera dos pacientes hipertensos, que necessitam de consultas e exames em outros pontos de atenção, expressando que a utilização de protocolos e a gestão clínica dos pacientes requer melhorias no cenário local.

Embora o município e o estado de São Paulo tenham os protocolos da linha de cuidado do paciente

hipertenso lançados desde 2008 e 2011, respectivamente^{12, 13}, chama a atenção a baixa concordância frente à disponibilidade desses instrumentos nas UBS, tanto para consulta sobre as diretrizes terapêuticas, quanto à orientação acerca da prioridade dos casos de pacientes hipertensos que precisam de encaminhamento para a RAS local.

Observou-se que a presença nas UBS de um líder clínico, médico, que apoie as equipes nas demandas de regulação também não é uma realidade, considerando a média concordância para essa questão. Os resultados nos permitem analisar, que mesmo cada UBS tendo um responsável técnico médico, o apoio à Regulação não é uma unanimidade no território.

Constatou-se pouca ou nenhuma participação dos demais membros da equipe da ESF no processo de encaminhamento do paciente hipertenso a outros pontos da rede, demonstrando que essa é uma tarefa quase que exclusiva do médico; que o uso do protocolo para encaminhamento do paciente hipertenso e que, o acompanhamento da regulação dos pacientes encaminhados ainda não é uma realidade no cotidiano das equipes.

Dada à necessidade de abordagem integral do paciente hipertenso, é de suma importância que o cuidado seja compartilhado com os demais membros da equipe, somando esforços em prol de melhores resultados assistenciais, como também, que as diretrizes clínicas sejam seguidas, minimizando danos, riscos, incapacidade e ainda maiores gastos para os sistemas de saúde.¹⁰

Merece análise complementar a utilização da estratificação de risco cardiovascular na prática do cuidado do paciente. Observou-se média concordância dos profissionais no que se refere à utilização dessa orientação para encaminhar os pacientes para a AE. Contudo, baixa concordância na utilização desse protocolo na rotina de acompanhamento do paciente hipertenso no serviço de saúde.

Protagonismo da Atenção Primária à Saúde

Constatou-se adequado conhecimento e seguimento do padrão administrativo preconizado para o funcionamento do Setor de Regulação pelos profissionais. A Secretaria Municipal de Saúde mantém canal ativo de comunicação com as Unidades, divulgando as normas e protocolos de acesso¹⁴. Essa análise pode ser constatada, considerando o alto percentual de concordância dos participantes, em relação ao funcionamento do setor nas Unidades.

Em contrapartida, há uma acentuada fragilidade no exercício de uma APS ordenadora da rede no cuidado do paciente hipertenso no território, apontando a necessidade de novas estratégias dos gestores, na perspectiva de fortalecer a atuação em rede. Sabe-se que existem questões culturais, ou ainda, na formação do profissional, que podem ocasionar transferência de responsabilidade a outro profissional;

quando o esperado seria resolver o que está na sua governabilidade e referenciar a outros níveis de atenção, de acordo com a estratificação de risco.¹⁵

Nesse sentido, se faz necessária a incorporação de estratégias locais para o enfrentamento desses problemas. Essas estratégias deverão perpassar pelo modelo de gestão das equipes de trabalho. É preciso fomentar a gestão da clínica, a integração e a pactuação, objetivando melhores resultados assistenciais.

Outra questão a ser repensada, permeia a ordem gerencial dos serviços. Grande parte dos contratos feitos entre esses atores, assim como entre eles e os profissionais são fundamentados em dimensões quantitativas de produção. Recomenda-se pactuações voltadas para a responsabilização clínica dos pacientes, promoção de atividades em conjunto entre os serviços da rede, com a presença ativa dos profissionais envolvidos, na perspectiva de valorizar, fortalecer as relações e as propostas de integração entre os profissionais e os seus respectivos saberes.¹⁶

O acesso aos serviços de saúde se torna precário e fragmentado quando diversos fatores limitantes fazem parte do sistema, tais como encaminhamentos desnecessários, ações médicas pouco resolutivas, contrarreferências ausentes ou pouco frequentes, distanciamento entre os serviços, entre outros. Tais aspectos impactam negativamente no atributo da integralidade da atenção na RAS e, conseqüentemente, na efetividade no sistema.¹⁵

A promoção de ações articuladas entre diversos atores envolvidos pode provocar mudanças significativas no território de saúde, na medida que considera a realização de encontros clínicos, apoio matricial, construção de protocolos integrados; ampliação das estratégias de comunicação, telemedicina, entre outras, gerando um esforço coletivo em prol da produção da integralidade e de melhores resultados assistenciais.¹⁷⁻¹⁹

A adoção de novas formas de contato entre a APS e a AE requer investimentos em tecnologias. Assim, incrementos financeiros, além de decisões políticas poderão ser necessários. Contudo, ações envolvendo gestores locais e profissionais, por meio de um trabalho colaborativo, de caráter horizontal, utilizando a construção de práticas bilaterais também poderão promover maior integração de profissionais e qualidade assistencial.^{20, 21}

Tais medidas exigirão um esforço gerencial para serem implantadas, contudo, provocarão mudanças significativas no modelo de trabalho, o que vai reduzir a fragmentação, fortalecer a responsabilização clínica, incentivar o cuidado interdisciplinar e, assim, contribuir de forma sistemática para a consolidação da RAS.

Lacunas no acesso à atenção especializada

Problemas relacionados ao acesso dos pacientes ao serviço de atenção especializada e à realização de exames diagnósticos, sejam relacionadas à fila de espera ou à proximidade de realização de exames da moradia dos usuários no território, foram identificados. Outras publicações também relataram que é frequente a dificuldade de acesso dos usuários das UBS aos serviços de referência no país.^{22, 23}

Dificuldade de agendamento com o especialista, seja para a primeira consulta ou para o retorno, agendamentos de retorno com especialistas diferentes da primeira consulta, ausência de contrarreferenciamento aos profissionais da APS são problemas que impactam no cuidado em rede.^{24, 25}

Analisando os instrumentos de integração dos serviços, outros estudos encontraram que ocorre a vinculação histórica do usuário com a atenção especializada, o isolamento entre os profissionais dos dois níveis, a desqualificação do trabalho do generalista e as dificuldades dos profissionais para registro de dados clínicos, bem como a ausência de contrarreferência podem comprometer a prática de coordenação do cuidado pela APS.¹⁰

Observou-se, também, que os médicos da UBS têm conhecimento de que os especialistas não solicitam a guia de referência quando atendem o paciente. Isso demonstra que questões apontadas pelos médicos de família podem não estar sendo levadas em consideração pelo especialista. Tal postura pode refletir uma desvalorização do profissional da atenção básica.

É sabido que os ambulatórios de especialidades ainda permeiam uma lacuna do conhecimento e carecem de maior acompanhamento, avaliação e legislação do Ministério da Saúde. Contudo, é necessário criar mecanismos para integrá-los aos demais pontos de atenção na RAS.

Ainda assim, não é possível identificar se as deficiências com relação ao quantitativo e ao qualitativo do serviço são reais, ou se existem questões ligadas à gestão, que podem contribuir para a redução das possibilidades de atenção à saúde dos pacientes na RAS, que impactam na construção de práticas integradas, vinculação à UBS, compartilhamento de fluxos, informação, regulação compartilhada, contrarreferência e práticas de transferência de vínculo para as equipes de saúde da família.^{1, 11}

Ressalta-se que, para a consolidação do trabalho em rede não bastam apenas definições em nível macropolítico, mas, sobretudo, atuação coordenada no nível micro, no território, integrando os serviços e principalmente, os profissionais, no cotidiano dos serviços, em prol da construção local do modelo de coordenação do cuidado em rede, com alinhamento de processos de trabalho, tomada de decisão coletiva, responsabilidades e adoção de práticas complementares.

Os resultados apontaram que o trabalho em rede entre a APS e AE ainda não é uma realidade no território estudado e que a falta de integração entre esses serviços não é exclusividade de regiões mais carentes do país, mas, também, ocorre em municípios como São Paulo.

CONCLUSÃO

A análise dos achados e a sua contraposição com a literatura sinalizaram que há problemas estruturais, de interlocução, da gestão clínica e da organização dos serviços, na articulação entre os níveis de atenção primária e secundária, que merecem uma atenção diferenciada.

Tais problemas se constituem em aspectos limitantes no exercício de uma APS ordenadora da rede no cuidado do paciente hipertenso no território. Também dificultam o atendimento ao atributo da coordenação do cuidado, na medida em que se constata, na prática dos serviços, falta de interface com outros pontos de atenção na RAS.

Em face do exposto, o cuidado do paciente hipertenso na RAS possui desafios a serem enfrentados, que permeiam o protagonismo da APS, a articulação entre os serviços, a adoção da gestão da saúde populacional nos territórios, que certamente merecem atenção dos gestores públicos e dos profissionais que atuam na ponta do sistema, visando à compreensão do contexto local, seus nós críticos e a sua subsequente reorganização do trabalho em rede.

Para ampliar a compreensão dos desafios encontrados, bem como para fomentar um plano de intervenção no distrito de saúde estudado, propõe-se que novos estudos sejam realizados no território, incluindo outros atores do cuidado: gestores locais, demais membros das equipes de saúde da família, do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), médicos especialistas, usuários, entre outros, identificando, sob diferentes pontos de vista, fragilidades a serem superadas no cuidado do paciente hipertenso na RAS.

Outros estudos poderão investigar, também, se há problemas na pactuação de serviços, de acordo com o contingente populacional dos pacientes hipertensos no território, ou se há questões relacionadas à gestão das agendas nos ambulatórios de especialidades que atendem os pacientes referenciados pela APS.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. 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. [acesso em 2018 maio 11]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. ISBN: 978-85-7967-078-7
2. Ministério da Saúde (Brasil). Saúde mais perto de você - acesso e qualidade programa nacional de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica (PMAQ-AB): documento síntese para avaliação externa. Brasília, 2012. [acesso em 2018 maio 11]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acesso_qualidade_programa_melhoria_pmaq.pdf

3. Starfield B. Atenção Primária: o equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002. [acesso em 2018 maio 11] Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf
4. Malta DC, Gonçalves RPF, Machado IE, Freitas MIF, Azeredo C, Szwarcwald CL et al. Prevalência da hipertensão arterial segundo diferentes critérios diagnósticos. Pesquisa Nacional de Saúde. Rev Bras Epidemiol. 2018; 21(sup 1): E180021.
5. Ministério da Saúde (Brasil) Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS). Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Série B. Textos básicos de saúde. 154p. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. [acesso em 2017 jun. 20]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf. ISBN 978-85-334-1831-8.
6. São Paulo (SP). Prefeitura do Município de São Paulo. Supervisão Técnica de Saúde e Coordenadoria Regional de Saúde no TABNET da SMS no Portal da Prefeitura de São Paulo. [acesso em 2018 set. 3]Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/publicacoes/Boletim_CE_Info_Dados_2017.pdf
7. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1994. Cap. 12, p.134-145.
8. Junior HMM, Pinto HA. Atenção Básica enquanto ordenadora da rede e coordenadora do cuidado: ainda uma utopia? Rev. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro, n. 52, p. 14-29, out 2014. [acesso em 2018 mai 11] Disponível em: <http://pesquisa.bvsalud.org/riipsa/resource/pt/lil-771495>
9. Costa SM, Ferreira A, Xavier LR, Guerra PNS, Rodrigues CAQ. Referência e contrarreferência na saúde da família: percepção dos profissionais de saúde. Rev. APS. v.16, n.3, p. 287-293. 2013. [acesso em 2018 maio 11] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232011000600017&lng=pt&nrm=iso
10. Almeida FP, Gérvas J, Freire J, Giovanela L. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v.37, n.98, p. 400-415, Set, 2013. [acesso em 2018 maio 11] Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042013000300004&script=sci_abstract&tlng=pt
11. Baduy RS, Feuerwerker LCM, Zucoli M, Borian JT. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.17, n. 2, Fev, 2011. [acesso em 2018 maio 11]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n2/11.pdf>
12. São Paulo (SP). Prefeitura do Município de São Paulo. Protocolo de Tratamento da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melitos tipo 2 na Atenção Básica Área Técnica da Saúde do Adulto, Secretaria Municipal da Saúde, São Paulo, 2008. Disponível em: <http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/saudeadulto/PROTRAHI.pdf> Acesso em: jul. 2017.
13. São Paulo (SP). Secretaria da Saúde. Gabinete do Secretário. Assessoria Técnica. Manual de orientação clínica: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS). Aparecida Teruko Tominaga Yamada, Carmen Lavras e Maris Salete Demuner (orgs). São Paulo: SES/SP, p. 68, 2011.
14. São Paulo (SP). Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes Operacionais da Regulação do Acesso do Município de São Paulo. 1ª ed. CESCO/SMS, 2016.
15. Melo DF, Criscuolo MBRC, Viegas SMF. Referência e contrarreferência no cotidiano da atenção à

- saúde de Divinópolis-MG: o suporte às decisões da atenção primária. *Rev. Fund Care Online*. v.8, n.4, p.4986-4995, 2016. [acesso em 2018 maio 11]. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4402/pdf_1
16. Cunha GT, Campos GW. Parte I – Atenção Primária à Saúde no estado de São Paulo: apoio matricial e atenção primária à saúde. *Saúde e Sociedade*. v.20, n.4, São Paulo, 2011. [acesso em 2018 set 3]. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/41880/1/S0104-12902011000400013.pdf>
17. Albieri FAO, Cecilio LCO. De frente com os médicos: uma estratégia comunicativa de gestão para qualificar a regulação do acesso ambulatorial. *Saúde Debate*. Rio de Janeiro, v. 39, n. especial, p. 184-195. Dez, 2015. [acesso em 2018 maio 11]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39nspe/0103-1104-sdeb-39-spe-00184.pdf>
18. Louvison MCR, Feuerwerker LM, Tanaka OY, Akerman M, Rosa, TEC, Bertussi D, Sitonio, FT; Freire M. Acesso à atenção especializada em busca da integralidade no SUS. *Anais do 12º Congresso Internacional da Rede Unida*. *Rev. Saúde em Redes*, v.2, n.1, Suplemento, 2016. [acesso em 2018 maio 11]. Disponível em: <http://conferencia2016.redeunida.org.br/ocs/index.php/congresso/2016/paper/view/5886> ISSN 2446-4813.
19. Hoepfner C, Franco SC, Maciel RA, Hoepfner AMS. Programa de apoio matricial em cardiologia: qualificação e diálogo com profissionais da atenção primária. *Saúde Soc*. São Paulo, v.23, n.3, p.1091-1101, 2014. [acesso em 2018 maio 11]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-1091.pdf>
20. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OYO. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v.20, n. 3, p. 953-972, 2010. [acesso em 2018 ago 20] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v20n3/v20n3a14>.
21. Kim BO, Lucatorto MA, Hawthorne K, Hersh J, Myres, R, Elwy AR; Graham GD. Care coordination between specialty care and primary care: a focus group study of provider perspectives on strong practices and improvement opportunities. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. n.8, p. 47. 2015. [acesso em 2018 jul. 11]. Disponível em: file:///C:/Users/x/Downloads/JMDH-73469-care-coordination-between-specialty-care-and-primary-care---_012215.pdf
22. Santos AM, Giovanella L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.32, n.3, 2016. [acesso em 2018 maio 11]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v32n3/0102-311X-csp-32-03-e00172214.pdf>
23. Conill EM, Giovanella L, Almeida PF. Listas de espera em sistemas públicos: da expansão da oferta para um acesso oportuno? Considerações a partir do Sistema Nacional de Saúde Espanhol. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.16, n. 6, jun 2011. [acesso em 2018 maio 11]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1413-81232011000600017&lng=pt&nrm=iso
24. Santiago RF, Mendes ACG, Miranda GMD, Duarte PO, Furtado BMASC, Souza WV. Quality of care in the Family healthcare units in the city of Recife: user perception. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.18, n.1, p. 35-44, jan. 2013. [acesso em 2018 fev. 11]. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csc/2013.v18n1/35-44/>
25. Marin MJS, Marchioli M, Moracvick MYAD. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades básicas de saúde tradicionais e da estratégia de Saúde da Família pela ótica dos usuários. *Texto Contexto Enferm*. Florianópolis, v.22, n.3, p. 780-788, 2013. [acesso em 2018 maio 11]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a26.pdf>