Análise comparativa entre estratégia de saúde da família e unidade básica de saúde na referência ao nível assistencial secundário em cardiologia

Thaís Castro Dalla Libera[1], Ricardo Filipe Alves da Costa[1], Guilherme Carvalho Freire[1], João Luiz Brisotti[1].

[1]Faculdade de Ciências da Saúde de Barretos Dr. Paulo Prata - FACISB, São Paulo, Brasil

RESUMO

Introdução: As últimas décadas trouxeram mudanças significativas na saúde pública brasileira, e o Sistema Único de Saúde (SUS) tem focado em melhorar a atenção primária, por meio de cuidado continuado e de boa qualidade, minimizando a sobrecarga de serviços secundários e terciários. Com esse intuito, foi criado o programa de Matriciamento do Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Barretos/SP, de forma a construir novas diretrizes clínicas e sanitárias entre componentes de uma equipe de atenção primária e secundária. As Estratégias de Saúde da Família (ESF), cujos objetivos são prestar uma assistência integral tanto na unidade física quanto em domicílio na atenção primária, são o foco desse programa, com ação de profissionais médicos e de equipe multidisciplinar qualificados, que buscam desenvolver ações mais efetivas. **Objetivo:** Avaliar a efetividade do Programa de Matriciamento, comparando os encaminhamentos do nível assistencial primário para o secundário em cardiologia entre duas cidades do interior do estado de SP, assim como entre tipo de unidade de origem do encaminhamento, ESF ou Unidades Básicas de Saúde (UBS). **Materiais e Métodos:** Estudo observacional, de pacientes que foram encaminhados do nível assistencial primário (ESF e UBS) de duas cidades, de dimensões e estruturas distintas, para nível assistencial secundário em cardiologia. **Resultados:** Observou-se que a indicação de assistência especializada indicada pela cidade mais estruturada é mais adequada (P<0,001), mas não houve diferença entre encaminhamentos por ESF e UBS. **Conclusão:** A cidade que não tem um modelo de saúde pública bem estruturado é a principal responsável pelo encaminhamento não adequado de pacientes para o nível assistencial secundário em cardiologia, demonstrando a importância do programa de Matriciamento.

Palavras-chave: Atenção primária, cardiologia, matriciamento, saúde pública, SUS.

ABSTRACT

Introduction: The last decades have brought significant changes in the public health of Brazil, and the Unified Health System (SUS) has focused on improving primary care, through continuous and good quality care, minimizing the burden of secondary and tertiary services. To this end, the matrix-based program of the Medical Specialties Ambulatory (AME) in Barretos/SP was created in order to build new clinical and health guidelines among members of a primary and secondary care team. The Family Health Strategies (ESF), whose objectives are to provide comprehensive primary care both at the physical unit and at home, are the focus of this program, with intervention by qualified medical professionals and a multidisciplinary team, which seek to develop more effective actions. **Aim:** To evaluate the effectiveness of the matrix-based program, comparing referrals from primary to secondary care level in cardiology between two cities in the interior of the state of SP and between the type of referral unit of origin, ESF or Basic Health Units (UBS). **Material and Methods:** Observational study of patients referred from the primary care level (ESF and UBS) in two cities, with different dimensions and structures, to the secondary care level in cardiology. **Results:** It was observed that the indication of specialized assistance indicated by the most structured city is more appropriate ($P < 0.001$), but there was no difference between referrals by ESF and UBS. **Conclusion:** The city that does not have a well-structured public health model is primarily responsible for the inadequate referral of patients to the secondary care level in cardiology, demonstrating the importance of the matrix-based program.

Keywords: Cardiology, matrix-based program, primary care, public health, SUS.

INTRODUÇÃO

Desde a implantação do Sistema Único De Saúde (SUS), a partir da década de 1990, o Brasil vem evoluindo, buscando aprimorar instrumentos assistenciais, objetivando fortalecer a atenção básica de saúde, através dos princípios, segundos estudos[1], da promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Em 1994, segundo Rosa et al.[2] houve a adoção do Programa de Saúde da Família (PSF), visando à atenção primária, os pressupostos de primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação, além de orientação à família e às comunidades, caracterizado como uma expansão da assistência em direção a práticas preventivas, educativas e curativas.

Posteriormente, foram criadas as Estratégias de Saúde da Família (ESF), cujos objetivos são prestar uma assistência integral tanto na unidade física quanto em domicilio, de caráter continuo, com boa qualidade e resolubilidade. As ESF possibilitam a intervenção sobre fatores de risco aos quais a população está exposta, sendo então implantada como a evolução da reorganização da atenção básica por meio da expansão, qualificação e consolidação, favorecendo um aprofundamento dos princípios, diretrizes e fundamentos da própria atenção básica[1,2,3].

Por outro lado, desde então, a grande dificuldade observada refere-se à integração entre unidades de atendimento primário, secundário e terciário. A sobrecarga no serviço secundário, encaminhamentos desnecessários e atendimentos insatisfatórios à população são problemas que geram dificuldade tanto no acesso a esses serviços quanto no resultado a ser alcançado em relação ao paciente[4].

Outro problema apresentado na estruturação da atenção primária, segundo Escorel et al.[5], é a rotatividade da força de trabalho médica, secundaria a uma somatória de fatores como a política de benefícios, tipo de supervisão, as oportunidades de crescimento profissional, o relacionamento humano dentro da organização, novas oportunidades de emprego em outro serviço, e muitos outros fatores que levam o médico a se desligar daquele ambiente. Essa rotatividade pode comprometer o vínculo das equipes com a população, dificultando o alcance dos resultados esperados para os serviços de saúde, especialmente na ESF, já que, no modelo dessa estratégia, o foco da atenção está na família e na comunidade, em que se valoriza um vínculo estreito entre elas e os profissionais de saúde que nela atuam.

Uma iniciativa favorável para a resolução desse grande problema que o Brasil enfrenta, seria primeiramente iniciar uma integração produtiva entre médicos generalistas, especialistas, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas e outros profissionais de saúde nos mais diversos níveis de complexidade dentro do Sistema Único de Saúde[5]. Dessa forma, seria possível dar maior cobertura à população em relação ao acesso a saúde e, principalmente, maior efetividade nos diagnósticos e seguimento da doença na atenção primária.

Esta iniciativa caracteriza o apoio matricial em saúde que objetiva realizar uma construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes de uma equipe de referência e os especialistas. A equipe de referência deve ser composta por um conjunto de profissionais considerados essenciais para a condução de problemas de saúde dentro de certo campo de conhecimento. Trata-se de uma metodologia de trabalho complementar àquela prevista em sistemas hierarquizados (referência e contra referência, protocolos e centros de regulação). O apoio matricial pretende, então, oferecer tanto base assistencial quanto suporte técnico-pedagógico às equipes da atenção primária[6].

Desse modo, na região de Barretos, desenvolve-se desde 2014, método diferenciado de aplicação dos princípios essenciais do SUS, que seria a busca da efetiva consolidação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Este método foi denominado de Programa de Matriciamento atendendo uma região de 18 municípios, com uma população total aproximada de 437.004 habitantes[7], que tem o objetivo primordial de, ao estabelecer a rede regional de assistência integrada, proporcionar construção compartilhada de diretrizes clínicas e sanitárias entre os componentes das equipes assistenciais locais e os especialistas do nível secundário[8].

Como é de se supor, os municípios componentes da região de Barretos têm características individuais em vários aspectos (população, nível socioeconômico, etc.) e de modo especial a distribuição dos serviços locais de saúde, como por exemplo, a maior ou menor abrangência de uma ESF. Com características peculiares da atenção primária,

em especial a diferenças estruturais entre as UBS e as ESF, teoricamente, espera-se, de acordo com Göttems[9], comportamentos diferenciados destas equipes, inclusive no que concerne à orientação de pacientes aos níveis assistenciais especializados.

Considerando que o Programa de Matriciamento na região de Barretos foi idealizado para atender também às mudanças epidemiológicas decorrentes do envelhecimento da população, conforme descrito na literatura atual, buscando promover ações abrangendo diferentes especialidades de maior demanda, com o intuito de solucionar as longas filas de espera por um atendimento. Dentre as ações pertinentes ao Programa, salienta-se a avaliação das características dos pacientes encaminhados ao nível secundário e o modo de comunicação por meio dos encaminhamentos de referência originados na atenção primária e dirigidos aos ambulatórios especializados.

No Brasil, Pereira et al.[10] demonstra as doenças cardiovasculares como representantes de aproximadamente 30% de todos os óbitos e, quando prematura, as incapacidades resultantes, parciais ou totais, têm importantes repercussões na qualidade de vida e na rede social dos acometidos, além do grande impacto nos sistemas de saúde. Como consequência dessa grande prevalência, a atenção primária acaba superlotando a atenção secundária com grandes quantidades de encaminhamentos, número esse, superior às demais especialidades.

OBJETIVO

Este estudo tem como objetivo comparar os encaminhamentos do nível assistencial primário para o nível assistencial secundário (AME Barretos) em cardiologia, de duas cidades do interior de SP, de dimensões e estruturas distintas, e do tipo de unidade de origem do encaminhamento, ESF ou UBS.

MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho foi desenvolvido no Ambulatório Médico de Especialidades (AME) de Barretos e em 2 cidades da área de abrangência do Departamento Regional de Saúde, com vistas a aprimorar o atendimento na especialidade de cardiologia.

No ano de 2017, foram realizadas 4439 consultas da área de cardiologia no AME – Barretos, com uma média de, aproximadamente, 370 consultas por mês, evidenciando, a sua grande prevalência e atenção especial que deve ser dada.

As ações avaliadas por este estudo formam aquelas decorrentes da implementação prévia do Programa de Matriciamento do AME – Barretos. Este programa foi desenvolvido através de um arranjo organizacional que surge com o objetivo de ampliar a capacidade de resolubilidade das ações de saúde, ao propor uma reformulação no modo de organização dos serviços e relações horizontais entre a equipe multiprofissional, as quais passam a oferecer apoio técnico horizontal às estratégias de saúde da família, favorecendo, então, a conexão em rede.

As ações realizadas pelo Programa de Matriciamento envolveram as equipes da RAS das duas cidades avaliadas. Salientam-se as seguintes ações: (1) Equipe de enfermagem treinada para realizar a pré e pós consulta. (2) Os funcionários da recepção foram treinados a praticar a humanização desde o primeiro contato do paciente no Ambulatório. (3) Os farmacêuticos foram convidados a participarem da pós consulta e enfatizar a importância do uso regular de determinada medicação. (4) Foram realizados treinamentos direcionado aos motoristas para condução de um transporte seguro e para melhorar a ergonomia. (5) A participação dos técnicos responsáveis pelo Centro de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS) foi essencial para organizar a referência e contra referência entre os diferentes níveis de saúde. (6) Os agentes comunitários de saúde foram capacitados a realizarem um amplo conhecimento sobre as patologias pré-existentes no território de cada estratégia de saúde da família. (7) A equipe responsável pela higiene foi orientada a usar produtos adequados e a organizar os materiais em ambiente apropriado.

Desta abordagem, que proporciona o envolvimento de toda a equipe assistencial, assegura-se retaguarda especializada, tanto em nível assistencial quanto em técnico-pedagógico.

Após este período de abordagem inicial, avaliou-se a demanda reprimida e após a atualização das habilidades dos profissionais locais foram aplicadas medidas para resolução desta demanda por meio de intervenção que foi denominada “Dia D”.

Os pacientes referenciados para o serviço secundário de cardiologia foram redistribuídos pelos reguladores locais de acordo com cada unidade de saúde. Esses pacientes pertencentes aos municípios envolvidos neste estudo foram convidados a passar por avaliação multiprofissional para atualizar da abordagem terapêutica. Os papéis da equipe multidisciplinar foram colocados em prática e o médico generalista em conjunto com o médico especialista compartilharam abordagens, condutas e terapias sobre as doenças cardiovasculares com intuito de aumentar o conhecimento.

Portanto, após consulta médica na qual foram definidos todos os procedimentos e condutas de modo individualizado, os pacientes passaram pela pós-consulta e mais uma vez os papéis foram concluídos com exatidão. Com o "Dia D" foi possível identificar os pacientes que precisariam de encaminhamento ao especialista no AME – Barretos, enquanto os outros pacientes, por necessitarem de seguimento, mas em nível primário, eram liberados com retorno agendados para reavaliação em suas unidades locais.

Após estas ações, constituíram foco de analise deste estudo as situações encontradas, considerando dois aspectos: (a) casos que necessitaram acompanhamento cardiológico especializado e (b) casos que após atendimento concluiu-se que deveriam manter acompanhamento em nível assistencial primário. Posteriormente, avaliou-se a origem dos encaminhamentos para análise da proporção de casos originários de ESF ou UBS que tiveram necessidade de seguimento em nível secundário.

Para esta análise, que relacionou a unidade de origem dos pacientes, estes foram então subdivididos em grupos assim compostos: (1) originário de equipes de ESF's, o outro grupo (2) de pacientes referenciados por unidades UBS's. Considerando que todos os encaminhamentos do grupo 1 foram da cidade mais populosa, cuja estrutura territorial e assistência de ESF está bem definida, e aqueles encaminhamentos do grupo 2 tem origem na menor cidade cujas unidades assistências não tem caracterização especifica como definido nas orientações de composição de Rede de Atenção à Saúde, ou seja, caracterizada como UBS.

As variáveis qualitativas foram descritas através de frequências absolutas e porcentagens. O teste do Qui-quadrado foi utilizado para comparar as proporções entre grupos.

Os dados foram analisados através programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 22.0. O nível de significância adotado foi de 5%.

RESULTADOS

Neste contexto, as duas cidades no ano de 2017, encaminharam ao ambulatório de cardiologia do AME – Barretos 886 casos. Destes, 319 correspondiam a situações de duplicidade de encaminhamento (alguns com atendimento cardiológico prévio), ou se referiam a pacientes faltosos de atendimentos anteriores, ou ainda eram relativos a óbitos não retirados da demanda. Sendo assim restaram a ser atendidos 567 encaminhamentos para especialidade de cardiologia do AME-Barretos (Tabela 1).

Por meio da estratégia de atendimento compartilhado multiprofissional (toda equipe assistencial de ambos os níveis), ou seja, no evento denominado "Dia D" identificaram-se os casos de real demanda de atendimento especializado.

Sendo assim, a Tabela 2 apresenta o total da demanda composta por 567 pacientes. Correspondendo a 446 pacientes referenciados pela cidade (Cidade A) de maior população e 121 da outra cidade (Cidade B).

Tabela 1. Demostrativo de demanda superestimada.

Demanda inícial	Falhas de referência	Demanda real
886	319	567 (63,99%)

Tabela 2. Demanda real de cariologia por cidade no ano de 2017

Cidade	Referência por cidade
A	446
B	121
Total	567

A Cidade B, com cerca de 18.898 habitantes, apresenta em sua conformação, somente 5 unidades, não possuindo toda a estrutura preconizada pelo SUS, sendo composta apenas pela atenção primária como recurso de saúde pública. Por sua vez, a cidade A possui, aproximadamente, 122.098 habitantes, e uma arquitetura completa do modelo de saúde pública na atenção básica, apresentando 7 ESFs e 7 UBSs.

Sob os aspectos populacionais, a população da Cidade B corresponde a 15,47% da população da Cidade A. Por outro lado, ao analisar-se os encaminhamentos ao ambulatório de cardiologia (567) no ano de 2017, dos quais 446 foram originados em "A" e 121 em "B", observa-se que proporcionalmente a menor cidade demanda maior necessidade de assistência cardiológica (21,34%).

A avaliação dos pacientes referenciados da Cidade A (446 casos), demonstra que as ESFs foram responsáveis por 145 (32,51%) do total de pacientes; e as UBSs responsáveis por 67,48% (301) dos encaminhamentos, que pode evidenciar-se na Tabela 3.

Ainda mais, a análise somente dos encaminhamentos realizados pelas UBS's, de ambas as cidades (ou seja, 301 de "A" e 121 de "B"), evidencia-se que a cidade de "A" demanda 67,48% dos encaminhamentos de suas UBS's e logicamente a Cidade "B" tem sua totalidade de encaminhamentos originários deste tipo de unidade.

De outro modo, do total de pacientes que foram encaminhados à cardiologia do nível secundário, ou seja 567, destes apenas 25,57% o foram por equipes de ESF's.

Após a implantação das ações de Matriciamento observou-se dos pacientes encaminhados (567) por estes dois municípios, permaneceram sob os cuidados especializados 210 pacientes, cerca de 37,04% do total.

Destes 210 pacientes que necessitavam efetivamente de atendimento secundário em cardiologia, 188 deles corresponderam à demanda originaria de Cidade "A" sendo 56 oriundos de ESF's, e a maioria (132 pacientes – 73,34%) vieram de UBS's da Cidade "A" E, por outro lado, tiveram origem de encaminhamentos em UBS's da Cidade "B" 22 pacientes (Tabela 4).

Tabela 3. Distribuição da demanda de acordo com tipo de unidade de origem.

Cidade	ESF	UBS	Total
A	145	301	446
B	0	121	121

Tabela 4. Distribuição dos pacientes que permaneceram em atendimento secundário, de acordo com a cidade de origem.

Cidade	ESF	Permaneceram no AME	UBS	Permaneceram no AME	Total
A	145	56 (12,56%)	301	132 (19,59%)	446
B	0	-	121	22 (18,18%)	121

A análise comparativa entre os pacientes que necessitaram de atendimento especializado em cardiologia, independentemente da cidade de origem do encaminhamento, ou seja, comparando-se aqueles demandados por ESF e UBS não se encontra diferença estatística sob este aspecto (Tabela 5).

Como a cidade B não possui ESF, a comparação entre a origem dos pacientes da cidade A dentre os que tiveram encaminhamento realizado no âmbito de UBS e de ESF, também não demonstrou diferença significativa, conforme pode ser observado na Tabela 6.

Por outro lado, a análise das características de necessidade de atendimento especializado em cardiologia, quando comparadas as duas cidades, independentemente de suas unidades de origem, observa-se que a Cidade A encaminha os pacientes ao AME de melhor maneira, ou seja, estes encaminhamentos realmente são necessários (Tabela 7).

Tabela 5. Análise comparativa entre pacientes de ESF e UBS que permaneceram em atendimento secundário no AME - Barretos.

	Total	Atendimento Secundário n (%)	Seguimento na atenção primária n (%)	P valor
ESF	145	56 (38,6%)	89 (61,4%)	0,647
UBS	422	154 (36,5%)	268 (63,5%)	

Tabela 6. Análise comparativa dos encaminhamentos de ESF e UBS para cardiologia de pacientes da Cidade A, que permaneceram em atendimento secundário no AME - Barretos.

Cidade A	Total	Atendimento Secundário n (%)	Seguimento na atenção primária n (%)	P valor
ESF	145	56 (38,6%)	89 (61,4%)	0,294
UBS	301	132 (43,9%)	169 (56,1%)	

Tabela 7. Análise comparativa entre as Cidades "A" e "B" quanto aos pacientes que permaneceram em atendimento secundário.AME - Barretos.

Cidades	Total	Atendimento Secundário n (%)	Seguimento na atenção primária n (%)	P valor
A	446	188 (42,2%)	258 (57,8%)	<0,001
B	121	22 (18,2%)	99 (81,8%)	

Portanto de todos os casos primariamente encaminhados ao atendimento cardiológico secundários (567), somente 210 (37,04%) compuseram a população de pacientes com real necessidade de acompanhamento especializado.

Destes 567 casos, 145 (25,57%) foram atendidos em ESF's e somente 56 pacientes (38,62%) precisam permanecer em assistência secundária.

De outro modo, do mesmo total de pacientes (567), 422 (74,43%) foram inicialmente atendidos em UBS's de ambas cidades, e após as ações de Matriciamento, 154 (36,49%) apresentaram condições clinicas que demandaram atendimento secundário de cardiologia.

DISCUSSÃO

Como preconizado no SUS, por meio das RAS, o AME – Barretos, caracterizado como nível assistencial secundário, deve abordar problemas de saúde pertinentes a este nível de complexidade[11].

Considerando o atual modelo das ESF's preconiza uma equipe de saúde multiprofissional (médico generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, podendo apresentar outros profissionais), sendo cada equipe responsável por entre 600 a 1000 famílias. Tendo a função conhecer as famílias, o território de abrangência, identificar problemas de saúde e situações de risco, elaborar um programa de atividades para enfrentar os determinantes do processo saúde/doença, desenvolver ações educativas e intersetoriais relacionadas com os problemas de saúde identificados. Neste contexto espera-se que seja realizada assistência integral às famílias, ou seja, enfatizando a importância de o médico criar um vínculo tanto com o indivíduo quanto com a família, para compreensão dos problemas de maneira global – relação médico-paciente e médico-família[5, 12].

Na prática observa-se que há um grande número de profissionais com baixa qualificação atuando nesse ambiente de trabalho, somado a uma grande quantidade de atribuições, sobrecarga de trabalho das ESF's, as dificuldades estruturais e a insegurança gerada pela falta de capacitação dos profissionais para exercer a prática de generalista, levariam à alta rotatividade dos médicos e à baixa qualidade do serviço prestado[12].

As UBS's também se enquadram como um serviço primário, porém apresentam atendimentos com especialistas na área de Clínica Médica, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia em conjunto com o médico generalista. Também carrega os princípios básicos das ESF's, formando uma atenção básica completa, que tem como responsabilidade abranger resolutivamente 85% dos casos[13].

Ao se implantar o Programa de Matriciamento, com objetivo de realizar capacitação de toda equipe de responsáveis pela assistência de nível primário, possibilita que sejam contemplados com atendimento especializado, aqueles pacientes que realmente não poderiam ter melhor resolutividade na atenção básica[10].

As ações deste Programa de Matriciamento, em primeiro momento, evidenciaram a necessidade de melhor organizar os mecanismos assistenciais de modo a qualificar aqueles componentes dos serviços tanto ESF's como UBS's, uma vez que ambos apresentaram falhas estruturais[14].

A abordagem multidisciplinar relacionou-

se à melhora das condições de controle das enfermidades, abordando as equipes de enfermagem, médica, farmácia, técnico de enfermagem. O médico especialista tornou-se responsável por capacitar o médico responsável pela ESF, orientando sobre melhor abordagem terapêutica, controle das patologias mais prevalentes com objetivo de encaminhar somente aqueles pacientes que possuem alta complexidade. Com a equipe técnica melhor capacitada, o cuidado continuado com o paciente passa a ser melhor direcionado e efetivo, levando a melhores resultados[14].

No presente estudo, foi avaliada a especialidade de cardiologia, responsável por uma das maiores quantidades de encaminhamentos para o AME – Barretos. Estes especialistas possibilitaram capacitações das equipes de ESF's e UBS's, a fim de diminuir a demanda e melhorar a qualidade dos encaminhamentos. Este processo iniciado em 2017, mostrou que apenas 36,2% (211) do total de pacientes encaminhados ao AME – Barretos permaneceram no serviço secundário para continuidade assistencial.

Este fato justifica a necessidade do Programa de Matriciamento para evitar que o sistema fique sobrecarregado e diminua o tempo de início de tratamento para aqueles pacientes com enfermidades mais graves ou descompensadas. Entretanto este estudo demonstra não haver diferença significativa entre os pacientes encaminhados destas duas diferentes estruturas de atendimento (UBS e ESF), mas demonstrou que quando uma localidade apresenta estrutura assistencial mais bem equipada, isto pode trazer diferencial na resolutividade apresentada.

A análise dos dados evidencia ainda que uma cidade com um número populacional mesmo que pequeno (Cidade B), por não apresentar um modelo de saúde pública estruturado, acaba tornando-se responsável por uma quantidade proporcionalmente considerável de encaminhamentos aos serviços de saúde especializados, associando-se também o fato de que a maioria dos pacientes não necessitaria de encaminhamento para o nível secundário, uma vez que correspondiam a patologias e tratamentos de menor complexidade. Também fica evidente que a localidade mais populosa (Cidade A), mesmo com sua estrutura completa de modelo de saúde pública, também acaba apresentando falhas na estruturação de seus serviços, evidenciado pelo estudo na grande quantidade de encaminhamentos e no número total baixo de pacientes que foram mantidos no AME, comprovando também a importância da abordagem do Programa de Matriciamento, cuja orientação e atualização dos profissionais demonstraram ser de grande contribuição para o alivio da sobrecarga de demanda.

Pelas afirmações de alguns autores, os dados obtidos poderiam ser extrapolados, pois verifica-se que a saúde pública brasileira infelizmente ainda apresenta uma rotatividade de profissionais muito elevada, deixando os serviços sem estabilidade assistencial[13], uma vez que médicos capacitados deixam o serviço dando lugar a um novo profissional que necessita novamente de capacitação, com novas e contínuas abordagens. Situação que culmina por se caracterizar em outro fator importante para uma ação continuada do Programa de Matriciamento.

Além deste aspecto as ações do programa também auxiliam os prestadores de serviços e os gestores, determinando gradual aprimoramento dos serviços e otimizando a disponibilidade de recursos assistenciais à população.

CONCLUSÃO

O presente estudo mostrou que a cidade que não tem um modelo de saúde pública bem estruturado é a principal responsável pelo encaminhamento não adequado de pacientes para o nível assistencial secundário em cardiologia. É com base nesses dados que o Matriciamento se mostra necessário para realizar constantes abordagens em diferentes cidades, a fim de educar os profissionais de saúde a adotarem novas condutas em relação às doenças mais prevalentes, melhorando a terapêutica e diminuindo os encaminhamentos desnecessários, ou seja, que podem alcançar resolutividade na atenção básica, aliviando a sobrecarga que todo o sistema de saúde tem apresentado.

Com a sequência do Programa de Matriciamento e com nova adequação das diferentes cidades que compõem a área de ação do AME – Barretos, por meio da estruturação de ESF's, busca-se aprimorar a atenção à saúde nesta região melhor estruturando a RAS e permitindo a mais adequada

disseminação do acesso aos serviços de saúde de forma hierarquizada e mais resolutiva. Este é o desafio a ser alcançado pelo Programa de Matriciamento a partir de agora.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, Brasília: Ministério da Saúde, 15-16, 1997.
2. Rosa WAG, Labate RC. Programa saúde da família: a construção de um novo modelo de assistência. Rev. Latino-AM Enfermagem. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n6/v13n6a16>.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Norma operacional da Assistência à Saúde: Portaria GM / MS 373 (27 de fevereiro de 2002). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
4. Franco TB, Magalhães Júnior HM. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, v.2: 125-34, 2003.
5. Escorel S, Giovanella L, Mendonça MHM, Senna MCM. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. Rev. Panam Salud Publica. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1020-49892007000200011&script=sci_abstract&tlng=pt>.
6. Campos GWS; Domitti AC. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Cad. Saude Publica, v.23: 399-407, 2007.
7. Brasil. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/barretos/panorama>
8. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), Brasilia: Ministério da Saúde, 19-26, 2002.
9. Göttems LBD, Pires MRGM. Para além da atenção básica: reorganização do SUS por meio da interseção do setor político com o econômico. Saude Soc., v. 18: 189-198, 2009.
10. Pereira JC, Barreto SM, Passos VMA. Perfil de risco cardiovascular e autoavaliação da saúde no Brasil: estudo de base populacional. Rev Panam Salud Publica. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2009.v25n6/491-498/>.
11. Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV, Yamada ATT, Falcão LHB. Ambulatórios Médicos de Especialidades (AME) no Estado de São Paulo. RAS, v12: 125-130. 2010.
12. Pinto LF, GIovanella L. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: Expansão do Acesso e Redução das Internações por Condições Sensíveis à Atenção Básica (ICSAB). Ciênc. Saúde Coletiva, V23(6): 1903-1913, 2018.
13. Oliveira MAC, Pereira IC. Atributos Essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. Rer. Bras. Enferm. 66 (esp): 158-164, 2013.
14. Freire GC, Neto MFS, Sankarankutty AK, Oliveira MCM, Simeão MO, Maia NF, Souza NMD, Longatto-Filho A, Brisotti JL, Mauad EC. Barretos' county matrix support in public health - deployment and initial results. Health Prim Car, v3: 1-6. 2019.

AUTOR DE CORRESPONDÊNCIA
João Luiz Brisotti
jlbrisotti@gmail.com

Av. Loja Maçonica Revonadora 68, Número 100
Bairro Aeroporto - Barretos - Sp / Cep: 14785-002