

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
INSTITUTO AGGEU MAGALHÃES
DOUTORADO EM SAÚDE PÚBLICA

SUÉLEM BARROS DE LORENA

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA DOENÇAS REUMATOLÓGICAS
NO ESTADO DE PERNAMBUCO

RECIFE

2018

SUÉLEM BARROS DE LORENA

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA DOENÇAS REUMATOLÓGICAS
NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do
grau de Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho.

Coorientador: Prof. Dr. Petrônio José de Lima Martelli.

RECIFE

2018

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

L868r Lorena, Suélem Barros
 Rede de atenção à saúde para doenças
 reumatológicas no Estado de Pernambuco / Suélem
 Barros de Lorena. Recife: [s. n.], 2018.
 133 p. : il., graf., tab.

 Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto
 Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2018.

 Orientador: Eduardo Maia Freese de Carvalho;
 coorientador: Petrônio José de Lima Martelli.

 1. Assistência à saúde. 2. Atenção à saúde. 3.
 Acesso aos serviços de saúde. 4. Doenças reumáticas. I.
 Carvalho, Eduardo Maia Freese de. II. Martelli, Petrônio
 José de Lima. III. Título.

CDU 614.39

SUÉLEM BARROS DE LORENA

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA DOENÇAS REUMATOLÓGICAS
NO ESTADO DE PERNAMBUCO

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em
Saúde Pública do Instituto Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz para a obtenção do
grau de Doutor em Ciências.

Data de aprovação: 25/04/2018

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho
Instituto Aggeu Magalhães – IAM/Fiocruz

Prof. Dr. Sidney Feitoza Farias
Instituto Aggeu Magalhães – IAM/Fiocruz

Dr. Tiago Feitosa de Oliveira
Hospital das Clínicas / Universidade Federal de Pernambuco

Dr^a Aline Ranzolin
Hospital das Clínicas / Universidade Federal de Pernambuco

Dr^a Luciana Santos Dubeux
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira

À minha filha Rebeca e a meu esposo Eudes, família que construímos durante este curso de doutorado... Vocês são meu amor maior e sentido prioritário de tudo que faço!

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães: corpo docente, funcionários e colegas de turma, pelo compartilhar de saberes e incentivo ao desenvolvimento da pesquisa.

Ao meu orientador, Prof. Eduardo Freese, pelos ensinamentos, receptividade de sempre e pela tranquilidade com que conduziu este processo.

Ao meu co-orientador, Petrônio Martelli, sempre solícito e humano, por me acolher durante o andamento desta jornada.

A todos os atores entrevistados, peças fundamentais para o desenvolvimento desta tese, pela disponibilidade e doação.

À equipe do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, pelas contribuições.

Às pessoas que fazem a Faculdade Pernambucana de Saúde, pela confiança no meu trabalho e pelo apoio para realização deste doutorado.

Aos meus pais, por sempre terem investido na minha carreira.

Ao Senhor Deus, princípio e fim de todas as coisas, que sempre ouviu as minhas preces e nunca me deixou esmorecer nos momentos mais difíceis.

Tecendo a Manhã

*“Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos.
De um que apanhe esse grito que ele
e o lance a outro; de um outro galo
que apanhe o grito de um galo antes
e o lance a outro; e de outros galos
que com muitos outros galos se cruzem
os fios de sol de seus gritos de galo,
para que a manhã, desde uma teia tênue,
se vá tecendo, entre todos os galos.*

*E se encorpando em tela, entre todos,
se erguendo tenda, onde entrem todos,
se entretendendo para todos, no toldo
(a manhã) que plana livre de armação.
A manhã, toldo de um tecido tão aéreo
que, tecido, se eleva por si: luz balão”.*

(João Cabral de Melo Neto)

LORENA, Suélem Barros de. **Rede de atenção à saúde para doenças reumatológicas no estado de Pernambuco**. 2018. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Instituto Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2018.

RESUMO

Redes de atenção à saúde (RAS) são organizações poliárquicas de serviços coordenados pela atenção básica, que têm como objetivo prestar assistência integral e contínua aos usuários, a partir de suas necessidades pautadas em redes temáticas. Considerando que é crescente a prevalência de doenças reumatológicas (DR) na rotina clínica, a presente tese teve como objetivo analisar a estrutura e operacionalização da RAS para DR no estado de Pernambuco. Trata-se de estudo transversal quali-quantitativo, desenvolvido em 2017 por meio da realização de entrevistas semiestruturadas com gestores regionais (n = 4) e coordenadores da atenção básica (n = 4) e central de regulação (n = 4) dos municípios-sede das macrorregiões de saúde (Recife, Caruaru, Petrolina e Serra Talhada) e informantes-chave da secretaria estadual de saúde (n = 3): coordenadores das secretarias executivas de vigilância, atenção à saúde e regulação, totalizando quinze sujeitos. Também se analisou Plano Diretor de Regionalização (2011), Plano Estadual de Saúde (2016-2019) e Portarias nº 4279/2010, nº 483/2014 e nº 1.631/2015 e foram consultados os Sistemas de Informações Ambulatoriais e Hospitalares do Ministério da Saúde. Identificou-se que a atenção é médico-centrada com cluster de especialistas na região metropolitana do Recife. Falhas de comunicação entre os níveis de atenção, dificuldades na atuação do setor primário como coordenador da assistência e sistema de regulação voltado exclusivamente para demanda de agendamentos foram as principais fragilidades relatadas. Observou-se ausência de indicadores para conhecimento da população acometida e de políticas públicas que visem o controle das DR, enquadrando-as como significativas no grupo de doenças crônicas não transmissíveis. Conclui-se que Pernambuco ainda não apresenta RAS operacionalmente voltada para DR, mas já dispõe de componentes estruturais para seu funcionamento; há necessidade de construção de linha de cuidado na área, que priorize a atenção à saúde integral e interdisciplinar nos três níveis de assistência. Análise aprofundada de cada componente pode esclarecer potencialidades e fragilidades e nortear implantação de políticas públicas.

Palavras-chave: Assistência à saúde. Atenção à saúde. Acesso aos serviços de saúde. Doenças reumáticas.

LORENA, Suélem Barros de. **Health care network for rheumatic diseases in the state of Pernambuco.** 2018. Thesis (Health Public Doctorate) - Aggeu Magalhães Institute, Oswaldo Cruz Foundation, Recife, 2018.

ABSTRACT

Health care networks (HCN) are polyartic organizations of services coordinated by basic care, which aim to provide integral and continuous assistance to users, constructed on their needs based on thematic networks. Considering that the prevalence of rheumatic diseases (RD) is increasing in the clinical routine, the present thesis aimed to analyze the structure and operationalization of HCN for RD in the state of Pernambuco. It is a cross-sectional qualitative study, developed in 2017 through semi-structured interviews with regional managers (n = 4) and coordinators of basic (n = 4) and central health care (n = 4) for the municipalities that are the headquarters of health macro-regions (Recife, Caruaru, Petrolina and Serra Talhada) and key informants of the state health department (n = 3): coordinators of the executive departments of surveillance, health care and regulation, totaling fifteen subjects. Also analyzed was the Regional Plan for Regionalization (2011), the State Health Plan (2016-2019) and the Ordinances n° 4279/2010, n° 483/2014 and n° 1.631/2015, and the Outpatient and Hospital Information Systems of the Ministry of Health. It was identified that the attention is medical-centered with a cluster of specialists in the metropolitan region of Recife. Communication flaws between levels of attention, difficulties in the primary sector's performance as care coordinator and regulation system focused exclusively on scheduling demand were the main reported weaknesses. There were no indicators for the knowledge of the affected population and for public policies aimed at the control of RD, and classified them as significant in the group of chronic noncommunicable diseases. It is concluded that Pernambuco does not present RAS operationally oriented to RD, but it has structural components for its operation; there is a need to build a care line in the area that prioritizes comprehensive and interdisciplinary health care at the three levels of care. In-depth analysis of each component can clarify potentialities and weaknesses and guide the implementation of public policies.

Key-words: Delivery of Health Care. Health Care (Public Health). Health Services Accessibility. Rheumatic Diseases.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 -	Estrutura operacional das RAS	18
Figura 2 -	Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)	21
Figura 3 -	Distribuição das macrorregiões de saúde de Pernambuco	29
Figura 4 -	Distribuição das regiões de saúde de Pernambuco	30
Figura 5 -	Plano de análise da pesquisa	37
Figura 6 -	Mapa estratégico da Secretaria Estadual de Saúde	59
Figura 7 -	Estrutura operacional da Gerência de Atenção à Saúde do HC/UFPE.	60
Figura 8 -	Protocolo de acesso ao serviço de reumatologia do HC/UFPE.	64

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Recorte territorial da Macrorregião de Saúde Metropolitana	30
Quadro 2 - Recorte territorial da Macrorregião de Saúde do Agreste	31
Quadro 3 - Recorte territorial da Macrorregião de Saúde do Sertão	31
Quadro 4 - Recorte territorial da Macrorregião de Saúde do Vale do São Francisco e Araripe	32
Quadro 5 - Detalhamento da metodologia empregada de acordo com os objetivos específicos propostos	36
Quadro 6 - Estimativa da composição da população brasileira por extratos definidos para programação da assistência às condições crônicas	55
Quadro 7 - Parâmetros relativos ao quantitativo de médicos especialistas, consultas e exames especializados	56
Quadro 8 - Referências para cálculo de parâmetros de necessidade de médicos especialistas	56

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Número de médicos com vínculos empregatícios no SUS, por região de saúde, em Pernambuco, 2007-2017.	38
Tabela 2 -	Autorizações de Internação Hospitalar para procedimentos em reumatologia por região de saúde do estado de Pernambuco, 2007-2017.	39
Tabela 3 -	Produção ambulatorial de reumatologia no SUS por região de saúde do estado de Pernambuco, 2007-2017.	40
Tabela 4 -	Distribuição dos pacientes atendidos no HC/UFPE por regiões de saúde do estado de Pernambuco, 2016.	61

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU	Aplicativo de gestão para hospitais universitários
AIH	Autorizações de Internações Hospitalares
APS	Atenção primária à saúde
AR	Artrite reumatoide
CIB	Comissão intergestores bipartite
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
CIES	Comissão de integração de ensino e serviço
CIR	Comissão intergestores regionais
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COPCORD	Community Oriented Program for the Control of Rheumatic Disease
DCNT	Doenças crônicas não-transmissíveis
DR	Doenças reumatológicas
EA	Espondilite anquilosante
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ESF	Equipes de saúde da família
GERES	Gerência Regional de Saúde
HC/UFPE	Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
LES	Lúpus eritematoso sistêmico
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PAREPS	Plano de ação regional de educação permanente em saúde
PDR	Plano diretor de regionalização
PEBA	Região interestadual Pernambuco-Bahia
PES	Plano estadual de saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMAQ-AB	Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

QualiSUS-REDE	Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade das Redes de Atenção à Saúde
RAS	Rede de atenção à saúde
SES	Secretaria estadual de saúde
SIA-SUS	Sistema de Informações Ambulatoriais
SIH-SUS	Sistemas de informação hospitalar – Sistema único de saúde
SISREG	Sistema de Informações de Regulação do SUS
SUS	Sistema único de saúde
TFD	Tratamento Fora de Domicílio
UPA	Unidade de pronto atendimento
UPAE	Unidade pernambucana de atenção especializada

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 OBJETIVOS.....	28
2.1 Objetivo Geral.....	28
2.2 Objetivos Específicos.....	28
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	29
3.1 Tipo do estudo.....	29
3.2 Local do estudo.....	29
3.3 Coleta e Processamento dos dados qualitativos.....	33
3.3.1 Entrevistas semiestruturadas.....	33
3.3.2 Análise documental.....	35
3.4 Coleta e Processamento dos dados quantitativos.....	35
3.5 Plano de análise.....	36
3.6 Considerações éticas.....	37
4 RESULTADOS.....	38
4.1 Dados quantitativos da assistência em reumatologia no estado de Pernambuco.....	38
4.2 Assistência aos pacientes com DR no estado de Pernambuco.....	40
4.2.1 População.....	41
4.2.2 Atenção Básica.....	43
4.2.3 Atenção secundária e terciária.....	44
4.2.4 Subsistema de apoio diagnóstico e terapêutico.....	46
4.2.5 Regulação.....	48
4.2.6 Assistência farmacêutica.....	51
4.2.7 Transporte sanitário.....	53
4.2.8 Fragmentação e transversalidade da rede de atenção ao paciente reumatológico.....	53
4.3 Análise documental.....	54
4.3.1 Documentos Nacionais.....	54
4.3.2 Documentos Estaduais.....	57
4.4 HC/UFPE: Hospital de referência do estado de Pernambuco para atendimento de pacientes com DR.....	60
5 DISCUSSÃO.....	68
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90

REFERÊNCIAS.....	92
Apêndice A – Roteiro de entrevista semiestruturada para gestor da vigilância em saúde da secretaria estadual.....	107
Apêndice B – Roteiro de entrevista semiestruturada para gestor da atenção à saúde da secretaria estadual.....	109
Apêndice C – Roteiro de entrevista semiestruturada para gestor da regulação em saúde da secretaria estadual.....	114
Apêndice D – Roteiro de entrevista semiestruturada para gestor da macrorregião de saúde.....	119
Apêndice E - Roteiro de entrevista semiestruturada para gestor da atenção básica dos municípios-sede das macrorregiões de saúde.....	120
Apêndice F – Roteiro de entrevista semiestruturada para gestor da regulação em saúde do município-sede da macrorregião de saúde.....	124
Apêndice G – Roteiro de entrevista semiestruturada a chefia da divisão da gestão do cuidado do HC/UFPE.....	128
Apêndice H – Roteiro de entrevista semiestruturada a coordenação do serviço de reumatologia do HC/UFPE.....	129
Apêndice I – Roteiro de entrevista semiestruturada para coordenação de regulação do HC/UFPE.....	130
Apêndice J – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	131
Apêndice K – Carta de Anuência HC/UFPE.....	132
Apêndice L – Carta de Anuência Secretaria Estadual de Saúde (PE).....	133

1 INTRODUÇÃO

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais, organizadas deliberadamente, para atender as necessidades e demandas populacionais. Têm como objetivo garantir a efetividade e qualidade dos serviços prestados de maneira equânime e humanizada. Porém, atualmente, o sistema público de saúde brasileiro tem apresentado fragilidades no cumprimento deste papel, em virtude do predomínio de uma assistência fragmentada e atenção ainda voltada, essencialmente, para as condições agudas (MENDES, 2011; RODRIGUES, 2013).

No Brasil, verifica-se um processo interdependente de transição demográfica (com aumento da expectativa de vida), epidemiológica (controle de várias doenças transmissíveis) e nutricional (com aumento de sobrepeso e obesidade), determinando o aumento do número de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) que, atualmente, acometem cerca de 75% da população e, por consequência, constituem um importante problema de saúde pública. Elevam os gastos para previdência social, causam mortes prematuras, aumentam os índices de morbidades e são responsáveis por um aumento considerável na demanda por serviços de saúde. Têm como fatores de risco o tabagismo, sedentarismo, alimentação inadequada, consumo abusivo de álcool e outras drogas e questões psicossociais (CARVALHO, 2006; MOURA *et al.*, 2007).

Ao consultar a distribuição dos óbitos, por capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), no sistema de informações de mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, por exemplo, tem-se que, no ano de 2013, as doenças do aparelho circulatório, neoplasias e doenças endócrinas e nutricionais, classificadas como doenças crônicas, representam 50% do total de óbitos. As mortes por causas externas, na maioria das vezes relacionadas à violência, representam 13% das causas. Em contrapartida, as doenças infecciosas e parasitárias correspondem à aproximadamente 4% das estatísticas apresentadas (BRASIL, 2016a).

Em se tratando das características demográficas supracitadas, identifica-se um aumento da população acima dos 60 anos de idade, associado a uma redução da população menor de 1 ano, o que revela a maior proporção de idosos em virtude do aumento da expectativa de vida e redução da taxa de natalidade. Segundo último censo demográfico (2010), os idosos representam 10,79% da população total, enquanto que os menores de 1 ano totalizam 1,42%; em 1991, os idosos representavam 7,30% da população total e os menores de 1 ano 2,18% (BRASIL, 2016b). Seguindo esta tendência, espera-se que em 2030, a

população de idosos represente 18,71% da população total (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012).

A ideia de um sistema hierarquizado tradicional, capaz de produzir um fluxo ordenado de pacientes entre os três níveis de assistência, por meio de mecanismos de referência e contra referência, na prática, não tem se efetivado de forma tão simples. Na atualidade, observa-se que os fluxos não são tão ordenados como se esperaria e os serviços não têm conseguido cumprir as funções que lhes cabem (CECÍLIO, 2009).

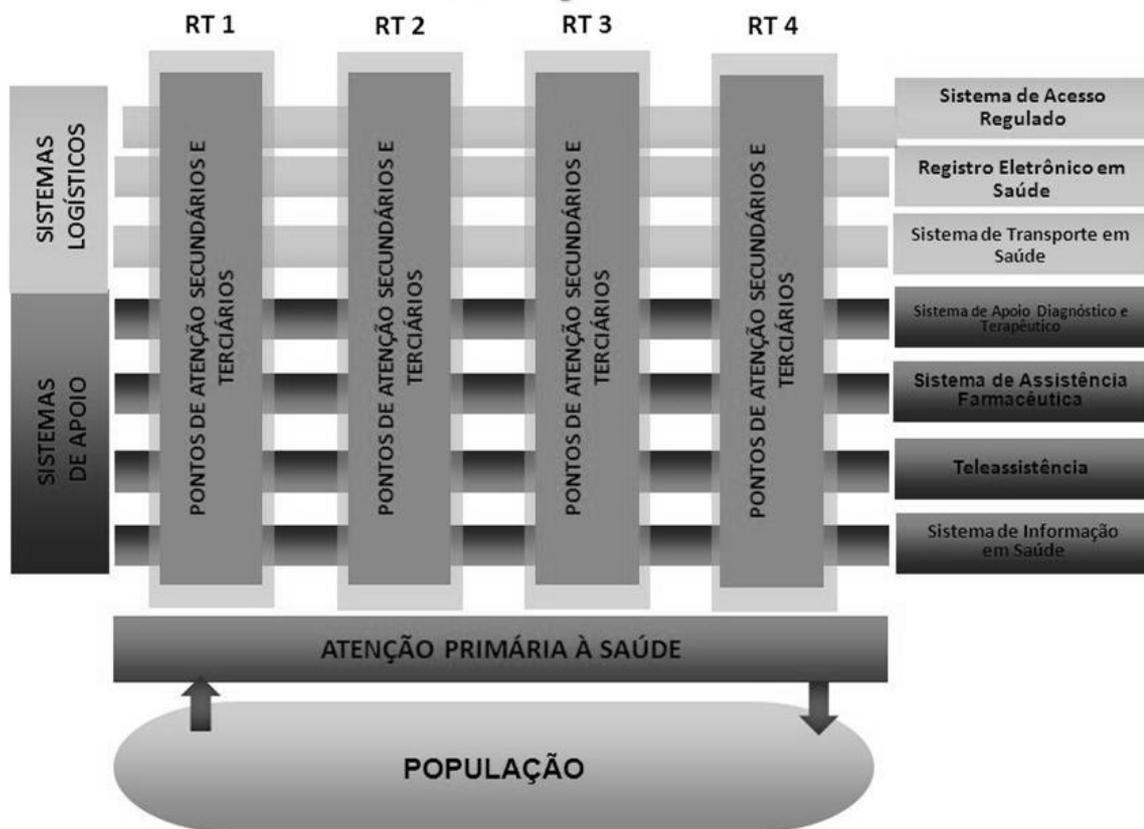
Outras limitações das intervenções sobre a saúde dizem respeito à prática orientada pelo risco de doença nos indivíduos sem focalizar as populações; observa-se carência de pesquisas e ações de políticas direcionadas às sociedades as quais estes indivíduos pertencem. Para superar esta situação, é necessário que se apliquem modelos de atenção à saúde que considerem as características específicas do contexto social que afetam a saúde, ao que se denominam determinantes sociais da saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005).

Nesse sentido, Cecílio (2009) sugere reestabelecer a harmonia entre a situação de saúde e um sistema integrado, organizando a oferta e funcionamento dos serviços como um círculo, com múltiplas portas de entrada, localizadas nos vários pontos do sistema. Pensa-se, desta maneira, em novos circuitos de integração, capazes de promover o diálogo entre os vários serviços, sem perder de vista o usuário real, seus desejos e suas necessidades.

Sugere-se que esta superação do sistema fragmentado vigente se dê através da implantação e implementação de redes de atenção à saúde (RAS), ou seja, de organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, igualmente importantes, de comunicação horizontal e coordenados pela atenção primária à saúde (MENDES, 2011).

As RAS têm como objetivo prestar assistência integral e contínua aos usuários do sistema único de saúde (SUS), a partir de suas necessidades pautadas em redes temáticas, com intervenções promocionais, preventivas, curativas e reabilitadoras. Surgem para aprimorar a qualidade dos serviços, melhorar os índices epidemiológicos da situação de saúde da população, reduzir os custos públicos relacionados à saúde e aumentar o nível de satisfação dos usuários. Constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde, como pode ser visualizado na figura 1 (CECÍLIO, 2009; MENDES, 2011, 2012; SPARRENBERGER, 2013).

Figura 1 - Estrutura operacional das RAS.



Fonte: Mendes (2012).
 Legenda: RT: Rede temática.

Mendes (2012) afirma que a população constituinte de uma RAS é composta pelos usuários que vivem em territórios sanitários singulares, organizados em famílias cadastradas nas unidades básicas de saúde. A população deve ser subdividida em subpopulações por fatores de risco e estratificada por riscos em relação às condições de saúde para facilitar a abordagem e acompanhamento.

Como ilustrado na figura 1, pode-se dizer que a estrutura operacional das RAS é composta por cinco componentes. Em primeira instância está a atenção primária a saúde, responsável por solucionar mais de 85% dos problemas de saúde de sua população, desenvolver ações de promoção da saúde e prevenção de doenças e coordenar fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde, funcionando como centro de comunicação. Os pontos de atenção secundários e terciários também compõem esta estrutura operacional, ocupando lugares de igual importância e diferenciando-se pela densidade tecnológica, enquanto que os sistemas de apoio são os lugares da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde.

Os sistemas logísticos constituem o quarto componente das RAS, sendo o cartão de identificação dos usuários, o prontuário clínico, os sistemas de regulação de acesso e os sistemas de transporte à saúde os principais elementos. O quinto componente das RAS são os sistemas de governança, definidos como arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes, materializado pelas comissões intergestores tripartite, intergestores bipartite e intergestores bipartite regionais (MENDES, 2012).

Ainda referente à figura 1, pode-se observar que o terceiro elemento constitutivo das RAS, trazido por Mendes (2012), diz respeito aos modelos de atenção à saúde. A busca por novos modelos de atenção à saúde que traduzam a organização de serviços e sistemas eticamente responsáveis, cuidadores por excelência, com capacidade de encontrar a melhor solução para os problemas de saúde e claramente orientados pelas necessidades dos usuários exige o esforço em traduzir na prática os variados sentidos da integralidade.

O desejo de aproximar cada vez mais ações e serviços às necessidades de saúde da população tem resultado na construção de modelos de atenção à saúde alternativos, que buscam implementar as diretrizes do SUS utilizando métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia, do planejamento e das ciências sociais em saúde, tendo como foco a melhoria da qualidade de vida da população (MENDES, 2011, 2012).

Quando a discussão envolve os modelos de atenção, além de considerar a diversidade e realidade de cada região, os mesmos devem buscar traduzir, na prática, o princípio da integralidade, criando formas de enfrentar os problemas relacionados à fragmentação da assistência e às dificuldades vivenciadas por muitos ao tentar acessar os serviços de saúde (MENDES, 2011, 2012).

É válido ressaltar que há consenso entre vários autores de que o modelo de assistência influenciado pela lógica neoliberal, centrado na medicina especializada e em hospitais, não atende as necessidades da população, exigindo esforços permanentes e consideráveis para tornar realidade os preceitos da integralidade com universalidade e equidade (CECÍLIO, 2009; PAIM, 2001; TEIXEIRA *et al.*, 1998; TEIXEIRA, 2000).

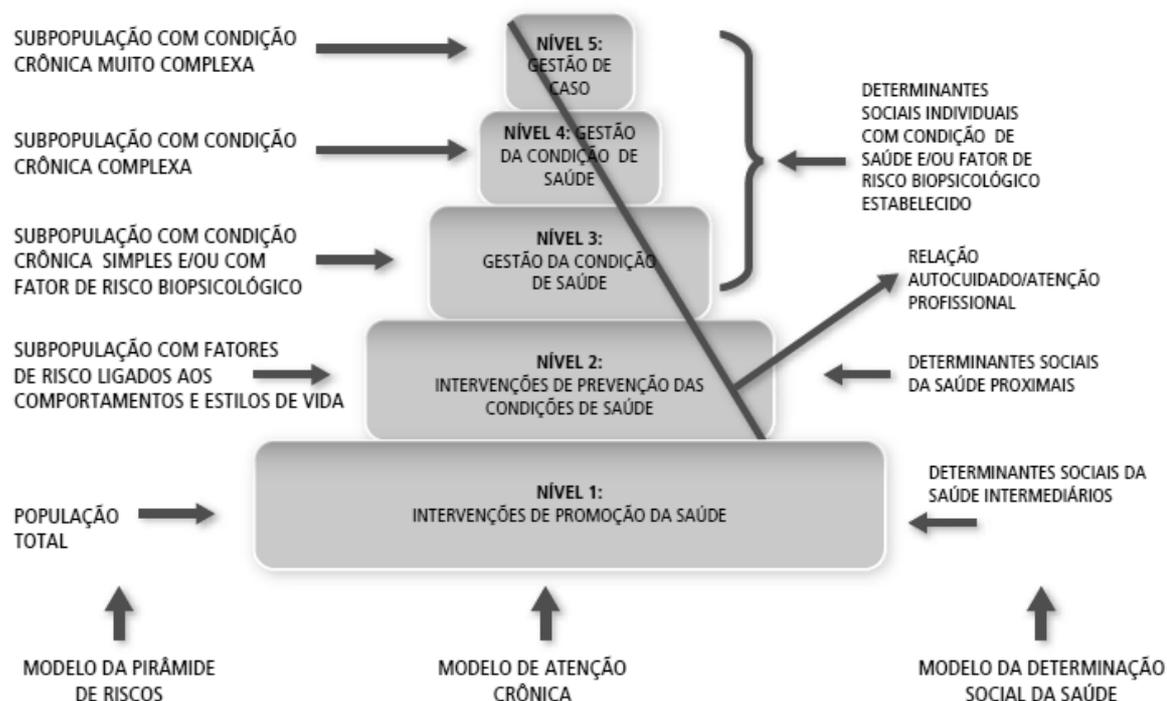
Porém, na atualidade, ainda predomina um modelo médico hegemônico com a clínica centrada no biológico e impulsionada pelo complexo médico-industrial, que mantém a acumulação de capital no setor saúde, através de altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como principais recursos de diagnóstico e terapia, com predominância das tecnologias duras e pouco espaço para as tecnologias leves do tipo relacional, o que fragiliza o atendimento à integralidade do cuidado (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2003; MERHY *et al.*, 2004).

O Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), ao tratar do modelo de atenção à saúde, defende que a integralidade deve ser compreendida em seus vários sentidos: (I) integralidade da atenção, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema; (II) garantia de atenção em rede em todos os níveis de incorporação tecnológica; (III) implementação de práticas que corroboram para a construção das linhas de cuidado; (IV) contextualização e priorização de uma atenção à saúde que tenha como base a promoção da saúde e a adoção da intersetorialidade para a sua implantação; (V) integração do planejamento e ações da vigilância em saúde e da atenção básica; e (VI) organização dos serviços e revisão dos processos de trabalho contemplando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 2010).

Mendes (2011), então, visando o atendimento integral do ser humano no âmbito bio-psico-social, propõe um Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) para o SUS brasileiro, construído com base em modelos internacionais de abordagem a doentes crônicos. O autor considera que as condições crônicas envolvem todas as doenças crônicas, mais as doenças transmissíveis de curso longo (tuberculose, hanseníase, HIV/aids e outras), as condições maternas e infantis, os acompanhamentos por ciclos de vida (puericultura, herbicultura e seguimento das pessoas idosas), as deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras e deficiências motoras persistentes) e os distúrbios mentais de longo prazo (MENDES, 2011).

O MACC, apresentado na figura 2, deve ser lido em três colunas: à esquerda, encontra-se a subdivisão das populações por grupos de risco; ao centro, estão os níveis de intervenção; à direita, estão os determinantes sociais que exercem influência sobre a condição de saúde do sujeito, classificados em individuais (idade, sexo e herança genética), proximais (estilo de vida) e intermediários (condições de vida e de trabalho, disponibilidade de alimentos e acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento e habitação). A linha transversal que corta o MACC corresponde à forma de atenção à saúde dos usuários, ou seja, a relação entre ações de autocuidado e de atenção profissional (MENDES, 2011).

Figura 2 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).



Fonte: Mendes (2011).

O conceito de rede foi descrito pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920, o qual destaca a importância da coordenação de um sistema para melhorar no funcionamento de serviços e prestação de cuidados. Dawson propõe que a equidade só é atingida a partir de uma nova organização e ampliação do sistema de saúde, centrado na atenção primária e distribuído de acordo com as necessidades da comunidade. Este relatório tornou-se um documento marco na organização do sistema de saúde britânico e serviu de inspiração para diversos sistemas do mundo (KUSCHINIR; CHORNY, 2010).

Ainda em um contexto internacional, recomendações para a estruturação de serviços primários de saúde como um dos componentes dos sistemas de atenção à saúde ocuparam a agenda da academia, dos militantes da saúde pública e dos gestores públicos de saúde, a exemplo do ocorrido na Conferência de Alma-Ata realizada em 1979 (STARFIELD, 2002).

No Brasil, a implantação e implementação das RAS são um tema recente, que tem sido amplamente divulgado, com fundamentação em experiências internacionais exitosas na atenção a pessoas idosas, saúde mental, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas (BERNABEI *et al*, 1998; KATON *et al*, 2004; LLEWELLYING *et al*, 1999; MCINNES; MCGHEE, 1995; OSMAN *et al*, 1996; POLONSKY *et al*, 2003; SIMON *et al*, 2000; UNUTZER *et al*, 2002; VETTER *et al*, 2004; WAGNER *et al*, 2001).

No entanto, observa-se que a assistência às doenças reumatológicas (DR), temática abordada nesta pesquisa, ainda não estão sendo devidamente valorizadas nas pautas de discussões e publicações científicas, apesar de serem fortemente representadas na rotina clínica. Estas constituem um grupo de patologias crônicas que atingem as articulações e estruturas musculoesqueléticas adjacentes, refletindo em dores, edema e rigidez articulares, capazes de limitar funcionalmente o indivíduo acometido e comprometer sua qualidade de vida (FALSARELLA, 2010). Podem ser intituladas “doenças reumatológicas” ou “doenças reumáticas”, pois não há um consenso na literatura que padronize a utilização de um termo em detrimento a outro.

Cecin *et al* (2015) agrupam as DR nas seguintes categorias: síndromes dolorosas regionais (síndromes sensitivas centrais, fibromialgia, dor difusa e regional no esqueleto apendicular, síndrome da dor regional complexa), doenças reumáticas associadas à infecção (artrites reativas, osteomielites, febre reumática, artrite séptica, doença de Lyme e sífilis articular), espondiloartrites (enteroartrites, espondilite anquilosante, artrite psoriásica), doenças difusas do tecido conjuntivo (artrite reumatoide, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome de Sjögren, síndrome do anticorpoantifosfolípídeo, esclerose sistêmica, miopatias inflamatórias), vasculites, osteoartrites, osteoporoses, doenças da coluna vertebral (discopatias degenerativas, dorsalgias, cervicalgias, lombalgias) e artropatias microcristalinas e doenças metabólicas (condrocalcinose, gota, osteomalácia). São descritas também as doenças da reumatologia pediátrica (esclerose sistêmica, síndromes autoinflamatórias), as manifestações reumáticas dos tumores do sistema musculoesquelético ou das endocrinopatias, além da possibilidade de doenças sistêmicas com manifestações reumáticas.

Indicadores nacionais como incidência e prevalência dessas doenças não são estimados pelo Ministério da Saúde, havendo, inclusive, uma dispersão dessas doenças entre os capítulos da Classificação Internacional de Doenças (CID-10), dificultando o registro e acompanhamento desses dados. Para superar esta lacuna de informações, a Sociedade Brasileira de Reumatologia estimulou a realização de estudos utilizando a ferramenta intitulada COPCORD *Questionnaire* (*Community Oriented Program for the Control of Rheumatic Disease*). Estudo inicial com o COPCORD foi desenvolvido em Montes Claros (MG), revelando prevalência de 4,14% para osteoartrite, 2,5% para fibromialgia, 0,46% para artrite reumatoide (AR) e 0,098% para lúpus eritematoso sistêmico (LES); enquanto que pesquisa semelhante realizada em Vitória (ES) trouxe 7,3% dos pacientes com dor lombar, 5,5% com fibromialgia/dores musculares difusas, 5,5% com osteoartrite e 4,3% com doenças de partes moles (PEREIRA *et al*, 2009; SENNA *et al*, 2004).

Estima-se que 0,5%-1% da população mundial seja acometida por AR, havendo maior prevalência no sexo feminino (SCOTT *et al*, 2010). O LES, por sua vez, afeta indivíduos de todas as raças, sendo 9 a 10 vezes mais frequente em mulheres durante a idade reprodutiva (BORBA *et al*, 2008; D'CRUZ *et al*, 2007); a incidência estimada em diferentes locais do mundo é de aproximadamente 1 a 22 casos para cada 100.000 pessoas por ano, e a prevalência pode variar de 7 a 160 casos para cada 100.000 pessoas. (D'CRUZ *et al*, 2007; PONS-ESTEL, 2010).

Enquanto que a Espondilite Anquilosante (EA) faz-se presente em cerca de 20% dos indivíduos com o marcador genético HLA-B27, afetando três vezes mais os homens do que as mulheres. Como o HLA-B27 está presente em 7 a 10% da população, estima-se que pouco mais de 1 em 100 indivíduos apresentará a doença (SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA, 2012).

A AR, o LES e a EA foram destacadas por constituírem um grupo de DR autoimunes e inflamatórias, severas e debilitantes, que necessitam de acompanhamento especializado do profissional reumatologista. Os pacientes acometidos apresentam dores e deformidades agressivas, que comprometem a execução de suas atividades laborais e cotidianas, além de constituírem fator de risco para desenvolvimento de doenças cardiovasculares (PINTO *et al*, 2006).

O tratamento varia de acordo com a atividade e gravidade da doença, considerando as características individuais do paciente, como limiar de dor e resposta a terapêuticas prévias (BRASIL, 2006a). O tratamento farmacológico é considerado um dos mais importantes para alcançar a remissão da doença e evitar danos irreversíveis, sendo fornecidos pelo SUS os medicamentos tanto para as fases iniciais quanto para as fases mais avançadas (BRASIL, 2014b). Sugere-se, também, a realização de intervenções não-farmacológicas, conduzidas por equipe interdisciplinar, para o controle e melhoria da qualidade de vida do paciente (MOTA *et al*, 2012).

Em decorrência da cronicidade do quadro algico e complexidade de sintomas físicos e emocionais que envolvem esses pacientes, observa-se, na prática clínica, uma incessante busca pela integralidade do cuidado. Ao buscar na literatura pesquisas que abordem itinerários terapêuticos, por exemplo, destacam-se apenas estudos realizados com pacientes portadores de doenças crônicas (CABRAL *et al*, 2011; CONILL; PIRES, 2007; FUNDATO *et al*, 2012; MALISKA; PADILHA, 2007; MARTINS, 2013; MATTOZINHO; SILVA, 2007; RIBEIRA *et al*, 2011), que retomam a reflexão acerca da incansável procura

por tratamento vivenciada por essa população e ao déficit organizacional na assistência pública.

Kleinman (1978), através do estudo dos Sistemas de Atenção à Saúde, desenvolve explicações acerca dos itinerários percorridos e comportamentos individuais na procura de cuidados, constituindo-se ferramenta de valor na compreensão de determinadas condutas relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado (CABRAL *et al*, 2011; KLEINMAN, 1978).

Essencialmente, o pesquisador destaca a importância de se considerar o contexto sociocultural, além da condição clínica, para compreender como as pessoas constroem seus próprios caminhos no enfrentamento das exigências e consequências que a doença acarreta (KLEINMAN, 1978). Pois, em muitos momentos, em decorrência de uma rede de atenção fragilizada e falha no direcionamento do indivíduo, as escolhas terapêuticas terminam sendo realizadas em função das disponibilidades circunstanciais e das explicações culturalmente aceitas pelo sujeito e seu grupo (MALISKA; PADILHA, 2007).

Considerando questões dessa natureza e os princípios de atendimento aos usuários do SUS, preconizados pelo Governo Federal, foi lançada, pelo Ministério da Saúde, a portaria nº 252, de 19 de Fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS (BRASIL, 2014b). A portaria tem por objetivo geral:

fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2014b).

Nesta perspectiva, acredita-se que a organização da atenção a pacientes reumatológicos em uma rede coordenada pela atenção primária seria eficaz para ampliar a capacidade de resposta clínica e o acesso para os seus usuários, permitindo otimizar os recursos disponíveis no país e melhorar a qualidade de vida dos indivíduos acometidos (BRASIL, 2014a).

Publicações internacionais sobre a prática de outros sistemas de saúde centrados na atenção primária e organizados em redes integradas de serviço, a exemplo de Portugal e Reino Unido, são utilizadas como padrões de comparação para auxiliar na definição de recomendações de parâmetros brasileiros, uma vez que são experiências bem sucedidas que podem materializar a organização das RAS que tanto se almeja (BRASIL, 2014a).

Em Portugal, o modelo público de atenção para pacientes reumatológicos é sediado em hospitais e tem autonomia funcional, podendo integrar-se a outras especialidades. A equipe atende os casos reumatológicos referenciados de uma população de cerca de

400.000 habitantes, sendo composta por pelo menos 3 médicos especialistas, psicólogo, enfermeiro, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Deve ofertar exames, consultas externas, internação e reabilitação em reumatologia. A razão proposta e a razão existente são de 1,66 reumatologistas para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2014a).

No Reino Unido, a atenção em reumatologia é realizada nos três níveis do sistema. A atenção primária trata as doenças autolimitadas, não inflamatórias ou exacerbação de doenças crônicas degenerativas, além de acompanhar os demais pacientes para minimizar o número de consultas de retorno. O nível secundário trata os pacientes com artrite inflamatória, doenças autoimunes do tecido conjuntivo e vasculites, enquanto que o nível terciário atende a um grupo restrito de pacientes com doenças raras ou complexas. A equipe multiprofissional também faz parte da assistência e o paciente é colocado no centro do plano de cuidado. A razão existente de reumatologistas para cada 100.000 habitantes é de 0,87, porém a razão proposta é de 1,16 (BRASIL, 2014a).

No Brasil, de acordo com a Portaria nº 1.631 (01 de outubro de 2015), que trata dos parâmetros assistenciais brasileiros, orienta-se que haja 1 médico reumatologista com dedicação de 40 horas semanais para cada 100.000 habitantes e que sejam realizadas 1.000 consultas/ano. Estes parâmetros condizem com uma média de 50 equipes de saúde da família (ESF) para cada médico reumatologista (2.000 pessoas/ESF). Como é uma especialidade essencialmente clínica, os exames em geral também são comuns a outras especialidades, não havendo parâmetros específicos (BRASIL, 2015a).

Ainda de acordo com a Portaria supracitada, os reumatologistas, assim como os demais especialistas da atenção secundária, devem dar suporte às equipes da atenção básica, uma vez que esta equipe de referência mantém o princípio organizativo da saúde e contribui para assegurar a integralidade do cuidado e minimizar a insuficiência de vínculo terapêutico. Orienta-se que os especialistas trabalhem numa estreita relação de rede por meio de discussão de casos, estabelecimento conjunto dos planos terapêuticos individuais, compartilhamento do cuidado e prestação de tutorias para auxiliar as equipes de referência a incorporarem conhecimentos para lidar com os casos mais simples (BRASIL, 2015a).

Na atenção básica, as ESF em parceria com os profissionais do núcleo de apoio à saúde da família, devem atender, de maneira transdisciplinar, os usuários com doenças musculoesqueléticas mais frequentes e realizar ações de promoção da saúde, prevenção e reabilitação de indivíduos com sintomas osteomusculares crônicos. Além disso, espera-se que a atenção básica coordene os fluxos de referência e continuidade do cuidado dos pacientes

para os demais pontos de atenção da RAS e compartilhe o cuidado com o especialista quando os casos necessitarem de acompanhamento em longo prazo (BRASIL, 2015a).

Protocolos de encaminhamento de pacientes reumatológicos da atenção básica para atenção especializada foram estabelecidos, numa versão preliminar, pelo Ministério da Saúde, em 2016, com a finalidade de ampliar o cuidado clínico e a resolutividade na atenção básica, evitar a exposição dos pacientes a consultas e/ou procedimentos desnecessários, otimizar o uso dos recursos em saúde, impedir deslocamentos desnecessários e trazer maior eficiência e equidade à gestão das listas de espera (BRASIL, 2016c). Com isso, os sistemas de regulação nacionais podem funcionar de maneira padronizada ao implementar protocolos clínicos desta categoria, que definem fluxos assistenciais com base em critérios diagnósticos estabelecidos na literatura.

Entretanto, produções acadêmicas a respeito da organização da assistência a pacientes reumatológicos tem se apresentado de maneira pouco expressiva no Brasil, o que torna árdua a compreensão não só das dificuldades individuais de tratamento relatadas pelo usuário, mas, também, da formulação de estratégias locais de planejamento e gestão que fortaleçam as políticas lançadas pelo Governo, contribuindo para qualificação da assistência e cuidado prestado.

Pois, apesar das DR fazerem parte do grupo de DCNT e, mais especificamente, da rotina clínica dos atendimentos públicos e privados, observa-se que pouca atenção tem sido dispensada ao tema por parte da gestão do sistema e dos serviços de saúde. Ao consultar os planos estaduais de saúde de Pernambuco da última década (2005-2007, 2008-2011 e 2012-2015) e o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil (2011-2022), não se identificam informações epidemiológicas e ações a serem executadas no âmbito das DR.

Conhecer a estrutura operacional e assistencial destas doenças, bem como os serviços e atendimentos atualmente disponíveis para este grupo populacional, torna-se relevante pelos diversos entraves observados no cotidiano da assistência: a indefinição dos protocolos clínicos e dos fluxos de referência e contrarreferência para os serviços de saúde, a demanda espontânea exacerbada, a dificuldade de acesso para exames complementares, entre outros.

Sabe-se que o estado de Pernambuco vem desenvolvendo políticas e programas para o enfrentamento de diversos problemas de saúde, sobretudo para as chamadas doenças negligenciadas e infecciosas/parasitárias. Em se tratando das DCNT, as principais linhas de

ação tem sido para o diabetes, hipertensão e oncologia, carecendo de avanços no componente das DR.

Portanto, o presente estudo, na medida em que compreenderá a estrutura e operacionalização da RAS para DR no estado de Pernambuco, poderá contribuir com a proposta de estruturação de uma rede de serviços de saúde que deem conta deste problema, considerando o atual plano diretor de regionalização, a oferta de serviços e a vinculação dos profissionais de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar a estrutura e operacionalização da rede de atenção à saúde para doenças reumatológicas no estado de Pernambuco.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Compreender a atual situação da assistência na área de reumatologia no estado de Pernambuco;
- b) Comparar a estrutura operacional da rede de atenção à saúde para doenças reumatológicas no estado de Pernambuco com os parâmetros estabelecidos em portarias e preconizados por referenciais teóricos da área.
- c) Descrever o funcionamento do serviço de reumatologia de um hospital de referência do estado de Pernambuco;
- d) Caracterizar o perfil epidemiológico e assistencial de pacientes reumatológicos atendidos em hospital de referência do estado de Pernambuco, no ano de 2016.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 Tipo de estudo

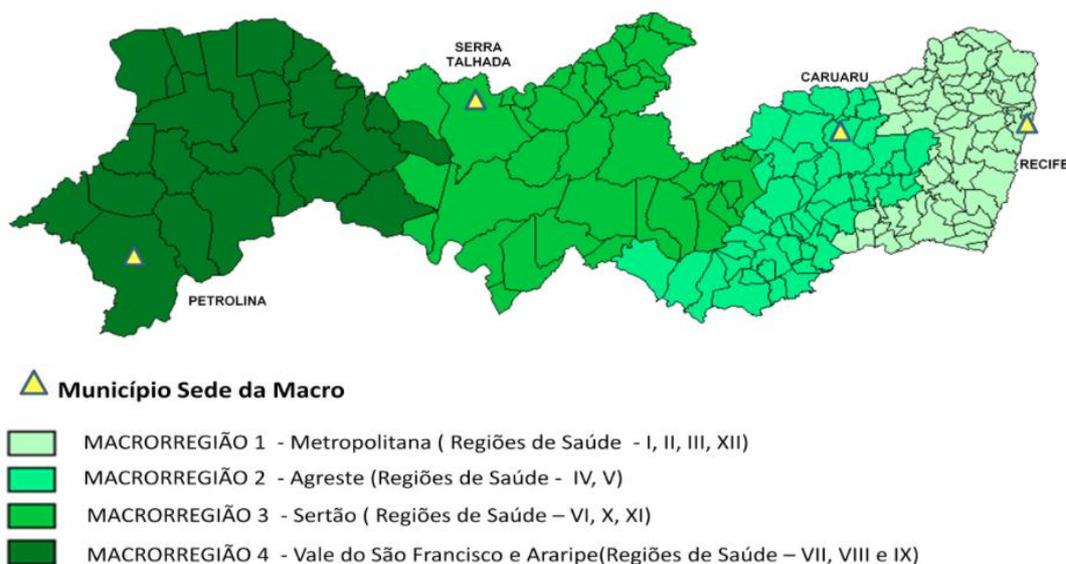
Trata-se de um estudo transversal com abordagem qualitativa e quantitativa.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no estado de Pernambuco, localizado no Nordeste do Brasil, com uma população estimada em 9.473.266 habitantes (IBGE, 2017), distribuída em 185 municípios.

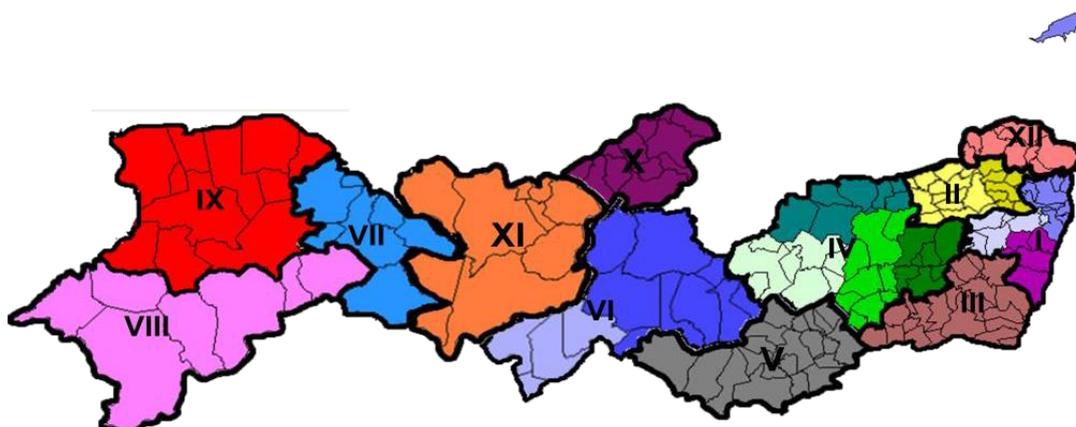
Atendendo aos princípios do SUS, a Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco organiza a rede de serviços de acordo com o Plano Diretor de Regionalização (PDR), cuja versão atual data do ano de 2011. Segundo este PDR, conformam-se quatro macrorregiões de saúde, doze regiões de saúde e onze microrregiões de saúde, conforme pode ser visualizado nas figuras 3 e 4. Os quadros 1 a 4 representam os recortes territoriais por macrorregiões de saúde.

Figura 3 - Distribuição das macrorregiões de saúde de Pernambuco



Fonte: Pernambuco (2011)

Figura 4 - Distribuição das regiões de saúde de Pernambuco



Fonte: Pernambuco (2011)

Quadro 1 - Recorte territorial da Macrorregião de Saúde Metropolitana

Macrorregião: METROPOLITANA (município-sede: Recife)			
Região	Microrregião de saúde	Municípios	Recorte territorial
I	I	Abreu e Lima, Araçoiaba, Fernando de Noronha, Igarassu, Ilha de Itamaracá, Itapissuma, Olinda, Paulista e Recife	
	II	Camaragibe, Chã de Alegria, Chã Grande, Glória do Goitá, Pombos, São Lourenço da Mata e Vitória de Santo Antão	
	III	Cabo de Santo Agostinho, Ipojuca, Jaboatão dos Guararapes e Moreno	
II	IV	Bom Jardim, Casinhas, Cumaru, Feira Nova, João Alfredo, Limoeiro, Machados, Orobó, Passira, Salgadinho, Surubim e Vertente do Lério	
	V	Buenos Aires, Carpina, Lagoa de Itaenga, Lagoa do Carro, Nazaré da Mata, Paudalho, Tracunhaém e Vicência	
III		Água Preta, Amaraí, Barreiros, Belém de Maria, Catende, Cortês, Escada, Gameleira, Jaqueira, Joaquim Nabuco, Lagoa dos Gatos, Maraial, Palmares, Primavera, Quipapá, Ribeirão, Rio Formoso, São Benedito do Sul, São José da Coroa Grande, Sirinhaém, Tamandaré e Xexéu	
XII		Aliança, Camutanga, Condado, Ferreiros, Goiana, Itambé, São Vicente Férrer, Itaquitinga, Macaparana e Timbaúba	

Fonte: Pernambuco (2011)

Quadro 2 - Recorte territorial da Macrorregião de Saúde do Agreste

MACRORREGIÃO: AGRESTE (município-sede: Caruaru)			
Região	Microrregião de saúde	Municípios	Recorte territorial
IV	VI	Agrestina, Altinho, Caruaru, Cupira, Ibirajuba, Jurema, Panelas, Riacho das Almas e São Caitano	
	VII	Barra de Guabiraba, Bezerros, Bonito, Camocim de São Félix, Gravatá, Sairé e São Joaquim do Monte	
	VIII	Alagoinha, Belo Jardim, Cachoeirinha, Pesqueira, Poção, Sanharó, São Bento do Una e Tacaimbó	
	IX	Brejo da Madre de Deus, Frei Miguelinho, Jataúba, Santa Maria do Cambucá, Santa Cruz do Capibaribe, Taquaritinga do Norte, Toritama e Vertentes	
V		Águas Belas, Angelim, Bom Conselho, Brejão, Calçado, Caetés, Canhotinho, Capoeiras, Correntes, Garanhuns, Iati, Itaíba, Jucati, Jupí, Lagoa do Ouro, Lajedo, Palmeirina, Paranatama, Saloá, São João e Terezinha	

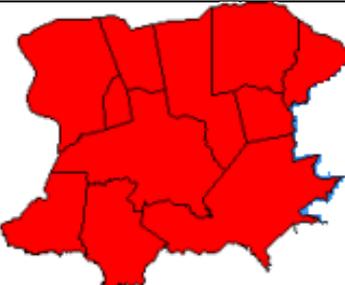
Fonte: Pernambuco (2011)

Quadro 3 - Recorte territorial da Macrorregião de Saúde do Sertão

MACRORREGIÃO: SERTÃO (município-sede: Serra Talhada)			
Região	Microrregião de saúde	Municípios	Recorte territorial
VI	X	Arcoverde, Buíque, Custódia, Ibimirim, Manari, Pedra, Sertânia, Tupanatinga e Venturosa	
	XI	Inajá, Jatobá, Petrolândia e Tacaratu	
X		Afogados da Ingazeira, Brejinho, Carnaíba, Igaraci, Ingazeira, Itapetim, Quixaba, Solidão, Santa Terezinha, São Jose do Egito, Tabira e Tuparetama	
XI		Betânia, Calumbi, Caraubeira da Penha, Flores, Floresta, Itacuruba, Santa Cruz da Baixa Verde, São José do Belmonte, Serra Talhada e Triunfo	

Fonte: Pernambuco (2011)

Quadro 4 - Recorte territorial da Macrorregião de Saúde do Vale do São Francisco e Araripe

MACRORREGIÃO: VALE DO SÃO FRANCISCO E ARARIPE (município-sede: Petrolina)			
Região	Microrregião de saúde	Municípios	Recorte territorial
VII		Belém de São Francisco, Cedro, Mirandiba, Salgueiro, Serrita, Terra Nova e Verdejante	
VIII		Afrânio, Cabrobó, Dormentes, Lagoa Grande, Orocó, Petrolina e Santa Maria da Boa Vista	
IX		Araripina, Bodocó, Exu, Granito, Ipubi, Ouricuri, Parnamirim, Santa Cruz, Santa Filomena, Trindade e Morelândia	

Fonte: Pernambuco (2011)

Além da coleta de dados realizada no âmbito estadual, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE) também foi campo para obtenção de informações, por ser este um dos atuais serviços de referência para atendimento a pacientes com DR no estado de Pernambuco e apresentar, de maneira organizada, os dados necessários para o desenvolvimento da presente pesquisa.

O HC/UFPE, administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), conta com um ambulatório especializado em Reumatologia que recebe pacientes regulados pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco desde 2014, além dos pacientes vinculados ao serviço anteriormente à implantação da regulação assistencial.

3.3 Coleta e Processamento dos dados qualitativos

3.3.1 Entrevistas semiestruturadas

Com vistas a identificar informações relacionadas aos diversos aspectos da vida real, as entrevistas têm sido utilizadas pelas ciências sociais como uma das técnicas para coleta dos dados. As técnicas de entrevista variam segundo o contexto no qual estão inseridas e a forma de conduzi-las dependerá do tipo de informação necessária em função do problema a ser pesquisado (GIL, 2011).

Para o desenvolvimento desta pesquisa, optou-se por entrevistas guiadas ou semiestruturadas pelo fato de combinar perguntas abertas e fechadas, conferindo aos atores entrevistados a possibilidade de discorrer sobre a temática sem ter que se ater unicamente a um questionário. Ela direciona a uma melhor interação do entrevistador com o entrevistado e garante certo grau de uniformidade (GIL, 2011). Permite ao entrevistador utilizar um “guia” de temas a ser explorado durante o seu transcurso (RICHARDSON, 2011).

Esta técnica é aplicada para descobrir quais aspectos de determinada experiência produzem mudanças nas pessoas expostas. O pesquisador deve conhecer previamente os aspectos que deseja pesquisar e, com base neles, formula alguns pontos a tratar na entrevista. O entrevistado tem a liberdade de expressar-se, guiado pelo entrevistador (RICHARDSON, 2011).

Para identificação da oferta e distribuição dos serviços de saúde para DR no estado de Pernambuco, bem como para compreensão das facilidades e desafios para a operacionalização desta RAS, foram entrevistados os gestores regionais (n = 4) e coordenadores da atenção básica (n = 4) e da central de regulação (n = 4) dos municípios-sede das quatro macrorregiões de saúde do estado (Recife, Caruaru, Petrolina e Serra Talhada) e informantes-chave da secretaria estadual de saúde (n = 3): coordenadores das secretarias executivas de vigilância em saúde, atenção à saúde e regulação em saúde. Foram quinze sujeitos participantes para o cumprimento desta etapa da pesquisa.

Os roteiros de entrevista semiestruturada para os gestores estaduais de saúde encontram-se disponíveis nos apêndices A, B e C, enquanto que os roteiros direcionados aos gestores regionais e coordenadores da atenção básica e da regulação em saúde dos municípios-sede das macrorregiões encontram-se disponíveis nos apêndices D, E e F, respectivamente. Estes roteiros foram adaptados do questionário proposto por Mendes em 2007 e revisado pelo mesmo autor em 2011, intitulado “Instrumento de diagnóstico do estágio

de desenvolvimento da rede de atenção à saúde”, organizado em domínios que contemplam os elementos estruturais necessários para o funcionamento das RAS.

Para compreensão do funcionamento do serviço de reumatologia do HC/UFPE, hospital de referência no estado de Pernambuco, foram entrevistados o chefe da divisão de gestão do cuidado, a coordenação do serviço de Reumatologia do HC/UFPE e a coordenação do setor de regulação por meio dos roteiros de entrevista semiestruturada disponíveis nos apêndices G, H e I, respectivamente. Estes roteiros foram construídos com base na proposta elaborada por Mendes (2007). Foram entrevistados 03 sujeitos para o cumprimento desta etapa da pesquisa.

Após realizadas, as entrevistas foram transcritas e, em seguida, analisadas e interpretadas, que, dentro de uma perspectiva de pesquisa qualitativa, não teve a finalidade de contar opiniões ou pessoas. Seu foco foi a exploração do conjunto de opiniões e representações sociais sobre o tema que pretende investigar. Após a análise ou descrição, buscou-se os sentidos das falas e das ações para se chegar a uma compreensão ou explicação que vai além do descrito e analisado (GOMES, 2011).

Três categorias de análise de entrevistas são descritas por Gomes (2011): análise de conteúdo, análise de discurso e a hermenêutica-dialética. Neste estudo foi utilizada a análise de conteúdo que, segundo Bardin (2009):

é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

Dentre os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo, destacam-se a categorização, a inferência, a descrição e a interpretação.

Categorizar diz respeito a classificar elementos que constituem um conjunto, por diferenciação e analogia, a partir de vários critérios: semânticos, sintáticos, léxicos e expressivos (BARDIN, 2009).

Após categorizado, há necessidade de deduzir de maneira lógica o conteúdo que está sendo analisado a partir de premissas já aceitas em outros estudos. Portanto, a inferência é uma fase intermediária entre a descrição e a interpretação. Esta última é o procedimento em que se procura ir além do material, trabalhando na produção do conhecimento, onde se busca atribuir um grau de significação aos conteúdos (GOMES, 2011).

3.3.2 Análise documental

Nesta pesquisa, com a finalidade de coletar informações relevantes para temática abordada, foram incluídos o Plano Diretor de Regionalização (PDR) do ano de 2011 e o Plano Estadual de Saúde (PES) período 2016-2019, além de outros documentos governamentais que tratam do objeto de estudo, a exemplo das Portarias nº 4279/2010, nº 483/2014 e nº 1.631/2015.

É válido ressaltar que documentos escritos que tratam de acontecimentos importantes na vida social (demográficos, econômicos, educacionais, sanitários, etc) também se constituem fontes importantes da pesquisa social, tanto quanto objetos, elementos iconográficos, documentos fotográficos, cinematográficos, fonográficos, entre outros (RICHARDSON, 2011). Em termos gerais, a análise documental consiste em uma série de operações que visam estudar e analisar um ou vários documentos para descobrir as circunstâncias sociais e econômicas com as quais podem estar relacionados (MARCONI; LAKATOS, 2012).

As principais vantagens apontadas por Gil (2011) com o uso das fontes documentais estão em possibilitar o conhecimento do passado, investigar os processos de mudança social e cultural, apresentar menor custo e favorecer a obtenção de dados sem o constrangimento dos sujeitos.

A análise documental da presente pesquisa foi realizada à luz da metodologia de Bardin (2009), que organiza as fases da análise documental em: pré-análise, análise do material e tratamento dos resultados.

Na pré-análise, desenvolve-se a leitura superficial do material permitindo assim um contato inicial para conhecer a estrutura da narrativa, obtendo-se as primeiras orientações e impressões. Na análise propriamente dita, se codifica, categoriza e quantifica a informação. Em seguida, confere-se tratamento aos resultados encontrados (RICHARDSON, 2011).

3.4 Coleta e Processamento dos dados quantitativos

Foram consultados os Sistemas de Informações Ambulatoriais (SIA) e Hospitalares (SIH) do Ministério da Saúde, bem como o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), de acesso público, para obtenção dos seguintes dados de 2007-2017:

- a) Número de procedimentos hospitalares em reumatologia no estado de Pernambuco;

- b) Número de procedimentos ambulatoriais em reumatologia no estado de Pernambuco;
- c) Número de vínculos empregatícios de médicos reumatologistas no SUS em Pernambuco.

Além dos dados secundários supracitados, obtidos nos sistemas de informação de domínio público, dados como número de pacientes reumatológicos regulados, municípios de origem, idade e sexo destes pacientes foram obtidos diretamente dos setores administrativos do HC/UFPE; estes dados foram referentes ao ano de 2016, visto que a organização administrativa do serviço pela EBSEH só teve início em abril/2015.

Os dados foram tabulados no *Microsoft Excel 2010 for Windows* e analisados estatisticamente através do cálculo das médias, medianas e desvios padrão. Os resultados foram apresentados por meio de tabelas e gráficos para melhor visualização.

3.5 Plano de análise

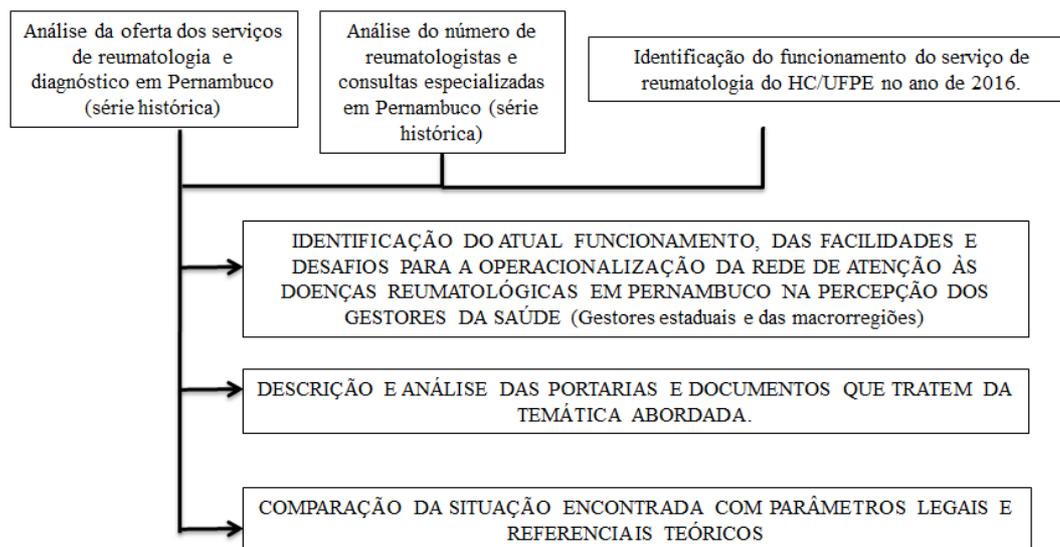
Seguem, no quadro 5 e na figura 5, detalhes da obtenção dos dados coletados bem como o plano de análise e interpretação das informações.

Quadro 5 - Detalhamento da metodologia de acordo com os objetivos específicos.

Objetivos	Metodologia
Compreender a atual situação da assistência na área de reumatologia no estado de Pernambuco.	Sistemas de Informações e Entrevistas com gestores da Secretaria Estadual de Saúde e dos municípios-sede das macrorregiões de saúde.
Comparar a estrutura operacional da rede de atenção à saúde para doenças reumatológicas no estado de Pernambuco com os parâmetros estabelecidos em portarias e preconizados por referenciais teóricos da área.	Análise documental e Entrevistas com gestores da Secretaria Estadual de Saúde e dos municípios-sede das macrorregiões de saúde.
Descrever o funcionamento do serviço de reumatologia de hospital de referência do estado de Pernambuco.	Entrevistas com chefia da divisão de gestão do cuidado e coordenações do setor de regulação e do serviço de Reumatologia do HC/UFPE.
Caracterizar o perfil epidemiológico e assistencial de pacientes reumatológicos atendidos em hospital de referência do estado de Pernambuco, no ano de 2016.	Dados primários obtidos dos serviços administrativos do HC/UFPE.

Fonte: A autora.

Figura 5 - Plano de análise da pesquisa



Fonte: A autora.

3.6 Considerações éticas

A presente pesquisa está aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz, registrada sob o CAAE 52526616.5.0000.5190 e seguiu os preceitos éticos exigidos.

As entrevistas só foram realizadas após autorização dos sujeitos da pesquisa mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido que se encontra disponível no apêndice J. Os discursos dos entrevistados foram apresentados por números aleatórios de modo a preservar a identificação dos sujeitos da pesquisa.

As cartas de anuência necessárias para autorizar a coleta de dados no HC/UFPE e na secretaria estadual de saúde de Pernambuco encontram-se, assinadas e carimbadas, nos apêndices K e L, respectivamente.

Quanto aos riscos e desconfortos para os participantes, destaca-se apenas o risco de constrangimento durante a entrevista. Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são contribuições para melhora dos serviços e atendimentos prestados aos pacientes reumatológicos no estado de Pernambuco.

4 RESULTADOS

Os resultados estão organizados em quatro blocos: o primeiro refere-se aos dados quantitativos da atual situação assistencial na área de reumatologia do estado de Pernambuco, obtidos dos sistemas de informação em saúde; o segundo bloco descreve a assistência aos pacientes com DR no estado, sob o olhar da gestão; o terceiro bloco apresenta os achados da análise documental e está dividido em documentos nacionais e documentos estaduais; e o quarto bloco aborda as questões referentes ao HC/UFPE, hospital de referência do estado de Pernambuco para atendimento de pacientes com DR.

4.1 Dados quantitativos da assistência em reumatologia no estado de Pernambuco

A oferta de consultas e procedimentos em reumatologia está diretamente relacionada ao quantitativo de profissionais médicos especialistas na área. A distribuição destes reumatologistas no estado de Pernambuco pode ser verificada na Tabela 1. Há concentração de 70% de especialistas na cidade do Recife.

Tabela 1 - Número de médicos com vínculos empregatícios no SUS, por região de saúde, em Pernambuco, 2007-2017.*

Região de Saúde	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
I (Recife)	52	52	50	60	66	63	56	59	63	65	68
II (Limoeiro)	4	1	4	4	3	1	1	2	2	2	2
III (Palmares)	3	5	4	4	1	1	1	1	1	-	1
IV (Caruaru)	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3
V (Garanhuns)	2	2	5	6	6	5	5	5	4	5	5
VI (Arcoverde)	1	1	1	1	-	2	1	-	-	-	-
VII (Salgueiro)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
VIII (Petrolina)	3	2	2	2	1	2	2	4	3	5	6
IX (Ouricuri)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
X (Afogados da Ingazeira)	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	3
XI (Serra Talhada)	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2
XII (Goiana)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Total	69	67	70	82	81	78	70	78	82	87	93

Fonte: Brasil (2018). Elaborado pela autora a partir do Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde – CNES. *Nota: Alguns médicos podem ter mais de um vínculo público, inclusive em diferentes municípios.

Ao se consultar o Sistema de Informações Hospitalares (SIH-SUS), é possível verificar o quantitativo de Autorizações de Internações Hospitalares (AIH) para Reumatologia, conforme a região de saúde do estado de Pernambuco (Tabela 2). São incluídos nestes dados o tratamento de doença reumática com comprometimento cardíaco, tratamento de doença reumática sem cardite e tratamento de artrite reumatóide. Recife é responsável por 87,15% do total de autorizações.

Tabela 2 - Autorizações de Internação Hospitalar para procedimentos em reumatologia por região de saúde do estado de Pernambuco, 2007-2017.

Região de Saúde	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
I (Recife)	19	387	399	394	444	437	459	392	311	316	230	3788
II (Limoeiro)	1	20	6	5	14	8	5	4	1	-	-	64
III (Palmares)	4	20	13	8	5	5	6	-	-	-	-	61
IV (Caruaru)	-	32	12	1	2	1	1	7	3	1	5	65
V (Garanhuns)	1	12	7	8	6	4	8	6	-	1	2	55
VI (Arcoverde)	-	15	2	4	3	-	6	7	4	-	-	41
VII (Salgueiro)	1	6	2	6	4	-	1	1	-	-	-	21
VIII (Petrolina)	-	12	5	7	17	6	6	5	6	-	-	64
IX (Ouricuri)	-	15	4	4	3	1	7	2	3	-	2	41
X (Afogados da Ingazeira)	3	17	9	7	3	5	2	3	8	2	-	59
XI (Serra Talhada)	2	13	2	20	21	6	2	2	2	-	-	70
XII (Goiana)	-	11	2	1	3	-	-	-	-	-	1	18
Total	31	560	463	465	525	473	503	429	338	320	240	4347

Fonte: Brasil (2018). Elaborado pela autora a partir do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS)

Analisando o quantitativo de internações hospitalares por capítulos da CID-10, entre os anos de 2008 e 2017 (n= 5.259.732), excluindo-se Gravidez, Parto e Puerpério (n= 1.269.755 ou 24,14%), as Doenças do Aparelho Circulatório se configuraram como a principal causa de internação (n= 483.666 ou 9,19%), seguidas das Doenças do Aparelho Respiratório (n= 459.502 ou 8,73%) e das Doenças do Aparelho Digestivo (n= 457.294 ou 8,69%). Por sua vez, as doenças catalogadas no Capítulo XIII da CID-10, onde se incluem a maioria das DR, foram a 14ª causa principal de internação hospitalar no estado (n= 81.958 ou 1,55%). Consta ainda como relevante o total de internações entre 2008-2017 relativos à Febre Reumática Aguda (n= 5.909), incluídas no Capítulo IX “Doenças do Aparelho Circulatório”.

A dispersão das DR entre os capítulos da CID-10 dificulta uma análise mais detalhada das informações.

Acompanhando a tendência observada nos dados anteriormente apresentados na tabela 2, ao se consultar o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA-SUS) para determinados procedimentos no âmbito da Reumatologia, constata-se um cluster na cidade do Recife (Tabela 3). Incluem-se nestes dados os seguintes procedimentos: determinação de fator reumatóide, pesquisa de fator reumatóide (waaler-rose), prova do látex para pesquisa do fator reumatóide, tratamento de doença reumática com comprometimento cardíaco, tratamento de doença reumática sem cardite, tratamento de artrite reumatóide. O SIA-SUS não permite quantificar os atendimentos ambulatoriais realizados na área de reumatologia, só disponibiliza informações a respeito dos procedimentos anteriormente descritos.

Tabela 3 - Produção ambulatorial de reumatologia no SUS por região de saúde em Pernambuco, 2010-2017.

Região	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
I	34868	34292	36846	30727	30995	28997	31017	18726	315699
II	5520	4946	5326	3864	4605	5118	1461	1882	40751
III	7605	6586	6551	5779	5937	6154	6521	3714	68935
IV	8053	7171	7387	4426	6271	6943	6993	3544	67635
V	7343	7004	7812	4724	5059	4207	3989	3042	55475
VI	3494	2980	3363	4060	7426	7822	4178	3229	42760
VII	1415	1811	1422	1151	2151	2324	1534	1598	18322
VIII	3431	3281	4152	3161	3902	4688	5258	3948	38832
IX	12459	7437	5185	3172	2789	2902	1627	1049	49484
X	2394	2106	3947	1849	2034	2434	2409	1438	24118
XI	2489	2124	2657	2235	3631	3108	2692	1467	23676
XII	3535	2927	2422	765	930	822	484	269	17271
Total	92606	82665	87070	65913	75730	75519	68163	43906	762958

Fonte: Brasil (2018). Elaborado pela autora a partir do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS)

4.2 Assistência aos pacientes com DR no estado de Pernambuco

Dado o referencial teórico adotado para este estudo, os resultados referentes à assistência aos pacientes com DR no estado serão apresentados a partir da compreensão da estrutura operacional das RAS, composta pela população, pelos pontos de atenção à saúde de diferentes densidades tecnológicas (serviços primários, secundários e terciários) e pelos subsistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e logístico.

4.2.1 População

Reconhecer a população para a qual as ações e os serviços de saúde são destinados é uma etapa primordial para a identificação de suas necessidades de saúde e o consequente planejamento no âmbito da gestão do sistema. Apesar deste pressuposto, os gestores municipais, regionais e estaduais não possuem informações sobre a população que necessita de atenção em razão das DR que a acomete, apesar de compreenderem a importância desta ação:

Não identificamos claramente os usuários portadores de doenças reumatológicas na região. A gente tem a consciência de que é preciso isso, só que quando eu cheguei na Regional a gente viu que a situação das redes piores era a de Urgência e Emergência e a Materno-infantil. Então a gente se dedicou basicamente a essas duas (Entrevistado 1).

Quando a gente vê que tem uma crescente demanda, lógico que haverá uma preocupação de para onde estão indo esses casos, quem os irá atender... quais são os principais fatores que estão desencadeando isto. Então tudo isto é norteador! (Entrevistado 4).

Conforme o trecho da entrevista elucidada, redes temáticas definidas pelo Ministério da Saúde, como a Rede Cegonha e a Rede de Urgência e Emergência, tornaram-se prioridade da gestão estadual, regional e municipal, seja pelo reconhecimento das necessidades de saúde da população nestas áreas, pela oferta instalada dos serviços assistenciais, ou ainda pela condicionalidade de repasse financeiro pelo Governo Federal aos demais entes federativos.

Embora se constitua um grupo de patologias de relevância para os serviços de saúde gerando filas de espera e ocasionando efeitos na qualidade de vida, as DR não ocupam papel de destaque, estando inseridas nas denominadas DCNT:

Quando a gente trabalha a vigilância e a atenção à saúde, trabalha as Doenças Crônicas Degenerativas Não-Transmissíveis, há uma abordagem que se faz. Especificamente não há nenhum eixo para doenças reumatológicas, mas se considera que elas estão dentro de um conjunto maior que são as Crônicas Não-Transmissíveis (Entrevistado 3).

Acredito que a gente peca muito por não estar direcionado pra essa parte de reumato. É notório que a gente vê as demandas nas unidades de saúde, sobretudo depois das arboviroses que aconteceram, a quantidade de atendimentos, as sequelas que deixaram principalmente em mulheres e pessoas mais idosas, e que a gente... não sei se o nome é não saber como agir, mas assim... contratar reumato pra atender o pessoal? 10 reumato, 5 reumato? Eu não sei se seria assim que se resolveria... mas é notório que a gente tem uma quantidade de pacientes com essa necessidade e precisamos tentar de alguma forma se organizar para atendê-los (Entrevistado 5).

Na visão da gestão da vigilância em saúde estadual, as patologias reumatológicas são visualizadas de forma indireta, estando associadas a demandas de saúde do idoso ou como decorrentes de outras doenças, como a Chikungunya:

Você trabalha com saúde do idoso, o problema reumatológico está dentro da saúde do idoso, que interfere na sua capacidade de ir e vir. Nessa agenda entra o problema reumatológico. O paciente com chikungunya que tem artralgia que confunde com problema reumatológico, ele tem provisória ou até mesmo durante um período mais prolongado, ele tem dor e provavelmente dificuldade de locomoção, que leva a mesma necessidade de atenção, reabilitação, manejo da dor... (Entrevistado 10).

Preocupação específica para o reconhecimento da população com algum tipo de Doença Reumatológica, foi identificada na cidade do Recife, como a Febre Reumática, e em Serra Talhada: “O número a gente não tem, inclusive isso foi uma coisa que eu pedi principalmente pra febre reumática, mas o número correto a gente não tem” (Entrevistado 4). “Temos demandas de pacientes com artite... eu não sei a quantidade de lúpus, não tenho noção assim não, mas a maioria é artrite, artrose... como demandas reumatológicas. Também tem a fibromialgia...” (Entrevistado 7).

Argumentos técnicos apresentados pelos entrevistados da cidade do Recife direcionam o entendimento acerca das motivações para que a Febre Reumática ocupasse espaço na agenda da gestão:

A gente sentia muita dificuldade do paciente com febre reumática quanto à administração da penicilina benzatina... que ele tinha tanto a dificuldade de aquisição da medicação, quanto de fazer... então ele tinha que ir pras UPAs, pras emergências pra poder fazer a penicilina quando isso deve ser feito no posto dele perto de casa. Por essa necessidade que a gente visualizou que tinha um problema, a gente direcionou pra febre reumática, no primeiro momento, né? (Entrevistado 4).

A identificação das necessidades de atenção às DR é realizada, segundo relato de outros entrevistados, a partir da demanda que se apresenta aos estabelecimentos de saúde, sobretudo para realização de exames complementares e assistência farmacêutica:

A gente tem um quantitativo daquelas [pessoas] que recebem, por exemplo, a medicação do componente especializado que é nossa responsabilidade. Quantitativo de consultas que a gente oferta pra reumatologia. Então a gente sabe que aquele fluxo que vai vim é praquela especialidade. Mas com diagnóstico de alguma doença reumatológica, a gente tem por aqueles que fazem uso da medicação do componente especializado (Entrevistado 2).

Aumento do número de pacientes com necessidades de atendimento na especialidade médica da Reumatologia foi registrado diante da epidemia da Chikungunya

ocorrida em 2016, como relatado pelo entrevistado 8: “A Chikungunya é um dos fatores que mais levantou o quantitativo de demandas dos pacientes para reumato”.

4.2.2 Atenção Básica

O papel da Atenção Básica como ordenadora da rede e coordenadora do cuidado é explícito no relato de diferentes entrevistados: “O paciente precisa entrar pela porta de entrada do Sistema Único de Saúde, que é a Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família. Então na Atenção Primária, o médico deve observar a necessidade do paciente quanto a ser avaliado por um reumatologista” (Entrevistado 2). “O diagnóstico, aliás, a suspeita diagnóstica é feita nas unidades de saúde e é encaminhado ao especialista em reumatologia que nós temos ambulatório” (Entrevistado 6).

A Atenção Básica é a demandadora. Por exemplo, a gente tem a UPAE que oferta um quantitativo de consultas de reumatologia. Então esses pacientes vêm da Atenção Básica. Eles são identificados pelos profissionais da Atenção Básica e são regulados pelo município através de um sistema de regulação para a UPAE (Entrevistado 3).

Visão ampliada do papel da Atenção Básica na perspectiva do cuidado aos usuários portadores de DR é ressaltada quando se discute a possibilidade que neste nível de complexidade seja ofertada assistência de forma longitudinal, a partir da compreensão de cronicidade das patologias: “Mas a gente tá num fortalecimento muito grande da atenção básica, pra que além do especialista, também acompanhe estes pacientes” (Entrevistado 4).

Você tem um caso de um paciente com febre reumática: ele precisa ser visto pelo especialista mas ele pode ser acompanhado também na atenção básica para administração da penicilina benzatina que ele tem que fazer, que isso a gente tá num trabalho muito grande de fortalecimento pra que seja feito dentro da unidade de saúde da família e que ele tenha esse acompanhamento também da saúde da família, inclusive em algumas alterações que podem ser resolvidas dentro da atenção básica. O que for de um nível mais de consequência, sequela, uma coisa maior, ele vá pro especialista... mas se não, ele vai ser visto na atenção básica. Por exemplo: o tratamento de um paciente com artrite reumatoide, no controle da dor, ele pode ser visto também pelo médico da atenção básica (Entrevistado 4).

A gente tem que desmistificar nos outros campos também que mesmo os pacientes estando no especialista, devem continuar na responsabilidade sanitária da equipe de atenção básica. Temos que focar muito na referência e contra-referência para que o paciente seja visto em dois níveis de complexidade, no mínimo (Entrevistado 4).

Ou ainda, da ampliação do escopo das ações e serviços prestados pela Atenção Básica através dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Sobre estes, merecem

destaque as experiências relatadas pela cidade do Recife e de Serra Talhada: “Nós dispomos da fisioterapia, serviços complementares, acupuntura, atividades desenvolvidas também pelo NASF” (Entrevistado 6).

A gente enxerga porque a gente tem NASF de reabilitação, NASF mais voltado para o lado psicossocial... toda vez que a gente implanta uma equipe do NASF a gente analisa aquele território, lembrando que o NASF só cuida de até 9 ESF. Então quando a gente define onde o NASF estará, quais equipes ela prestará apoio, a gente olha o perfil epidemiológico e o NASF geralmente tem um padrão ou de reabilitação ou psicossocial. Aí dentro do de reabilitação, tem muito fisioterapeuta, terapeuta ocupacional... depende muito do perfil epidemiológico da comunidade (Entrevistado 4).

Constata-se, por fim, que a Atenção Básica é considerada o nível de atenção à saúde “porta de entrada” do Sistema:

Depois do sistema de regulação, ele sempre tem que ter a porta de entrada na atenção básica. Ele vai pra atenção básica e de acordo com o diagnóstico, com a hipótese diagnóstica, ele é encaminhado através do sistema de regulação que está nas próprias unidades de atenção básica, quer seja nas Unidades Básicas Tradicionais ou nas Unidades de Saúde da Família e daí ele é referenciado para um especialista (Entrevistado 4).

4.2.3 Atenção secundária e terciária

Em se tratando dos serviços secundários para atenção às DR, tanto os gestores regionais quanto os municipais citaram a Unidade Pernambucana de Atenção Especializada (UPAE) como local de referência para o atendimento com o médico reumatologista em todas as macrorregiões onde foram realizadas entrevistas, a exemplo do trecho abaixo.

Temos a UPAE como referência com profissional reumatologista. Lá tem uma oferta de número de consultas de acordo com a população de cada município e esses pacientes vêm para a primeira consulta. A partir daí o que é demandado dentro da própria UPAE em relação a exames complementares para diagnóstico, é tudo lá dentro (Entrevistado 1).

Fato corroborado pela Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco: “Temos oferta de atendimento médico em reumatologia nas UPAE de Belo Jardim, Afogados da Ingazeira, Serra Talhada, Salgueiro, Garanhuns e Petrolina. As três: Limoeiro, Arcoverde e Ouricuri não dispõem de reumatologistas” (Entrevistado 11).

Apoio acadêmico por parte da Universidade Federal de Pernambuco é identificado no município de Caruaru para a oferta de serviços da reumatologia:

Foi feito um mapeamento, em determinado momento, de todos os pacientes que estavam na fila de reumato, tá certo? A fila de reumato leva a gestão a pensar providências administrativas, processos contratuais... então abrimos, através de convocações públicas, através de articulações e concurso público. Não houve sucesso em nenhuma das possibilidades. A terceira possibilidade foi a parceria com a Universidade Federal onde ela contrata um profissional de reumato e libera X horas para o município de Caruaru, mas numa cota muito pequena de quatro pacientes/semana. Então isso é muito pequeno diante das necessidades (Entrevistado 8).

Ainda o município de Caruaru não possui nenhum médico reumatologista na rede própria e as tentativas de inserir profissional com esta formação não foram exitosas.

Não teve nenhum profissional inscrito no concurso público, não teve nenhum setor privado com interesse em participar das convocações públicas para oferta de consultas, então consequentemente a gente ficava só alimentando o sistema e gerando uma fila de espera. A oferta se dá hoje, a rede, na região como um todo, através desta parceria com a Universidade Federal e com a UP AE que existe para a regional com um todo, mas mesmo assim num quantitativo muito baixo que são 10 consultas/semana. Lá tem reumatologia na UP AE que é a mesma profissional da Universidade Federal. Então totaliza 14 consultas/semana... então é baixo demais (Entrevistado 8).

A falta do profissional não é um problema de Caruaru, é um problema regional, é um problema de formação. Aí precisa discutir isso em outras instâncias: nas residências... discutir as políticas de educação permanente. Não é unicamente na mudança das práticas do serviço municipal, precisa discutir formação profissional para oferta de mercado. Então se você não tem o profissional na oferta, você não tem o que regular, agora vai suprir parte dos problemas destes pacientes com outros atores, mas isso não é resolutivo para determinadas especificidades das doenças reumatológicas (Entrevistado 8).

Vazios assistenciais na atenção terciária são identificados nas regiões de saúde no interior do estado de Pernambuco, sendo a cidade do Recife o local para onde referenciam os usuários portadores de DR: “Alguns outros procedimentos, cirúrgicos, eles são encaminhados para outras referências, em Recife. Mas aqui na região só tem a UP AE” (Entrevistado 2). “É importante a qualificação dos serviços da rede, o aperfeiçoamento pra tá complementando os vazios assistenciais que ainda existem, principalmente com relação à realização de procedimentos e principalmente na identificação das doenças” (Entrevistado 1).

Nossa referência é Recife. Agora assim, a gente tem o Hospital Universitário que ele atende... é a nossa referência em alta complexidade. Ele atende casos clínicos de todos os agravos. Então ele acaba atendendo também Doenças Reumatológicas, porque assim como a nossa região é conformada dentro de uma rede interestadual, a gente tem os serviços de referência (Entrevistado 1).

Exceção é identificada para a macrorregião Petrolina, onde há particularidade quanto ao planejamento e regulação interestadual com a cidade de Juazeiro, estado da Bahia:

“Também temos na rede o Hospital Regional de Juazeiro, na Bahia. Ele atende a parte clínica. Conseguimos regular aqui porque temos uma regulação interestadual” (Entrevistado 1).

Em Recife, dois estabelecimentos de saúde são mencionados como locais de referência em reumatologia na atenção terciária: “O Hospital Universitário Oswaldo Cruz e o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco se constituem como locais de atenção terciária em reumatologia de referência para todo o estado de Pernambuco” (Entrevistado 11).

4.2.4 Subsistema de apoio diagnóstico e terapêutico

A complementariedade do setor privado foi ressaltada pelos entrevistados como um importante mecanismo para a garantia da oferta de exames complementares, sobretudo os de imagem, para a Reumatologia: “Principalmente para Densitometria Óssea, Tomografia e Ressonância, há rede complementar contratualizada pelo Estado. Aí temos protocolos clínicos que orientam esta indicação de exames até porque para ter acesso precisa ser regulado” (Entrevistado 1).

Tem os exames mais complexos, né? Um paciente de reumato, por exemplo, precisar de um eco ou um eletrocardiograma, essas coisas... porque tem alguns pacientes que apresentam distúrbios cardíacos, né? Então se encaminha para fazer estes exames, tanto a gente tem em recurso próprio como nas clínicas credenciadas e na UP AE que lá tem o cardiologista com todos os exames (Entrevistado 7).

Se por um lado estes serviços são necessários para a oferta de procedimentos de diagnóstico, por outro há dificuldade em contratá-los, dados os baixos valores pagos pelo SUS:

A nossa tabela SUS é bastante defasada, é muito difícil trabalhar com ela. A gente tá trabalhando com a tabela da CBHPM [Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos] pra poder melhorar o valor. Essa tabela SUS defasada dificulta a prestação de serviços (Entrevistado 6).

Consequentemente, algumas localidades apresentam dificuldade em contratar os serviços da rede privada: “Não temos na rede tomografia, densitometria e ressonância via gestão municipal, mas apenas pela GERES, usando as cotas do Estado. Mas densitometria agora tá em falta mesmo porque tá faltando o credenciamento do prestador de serviço junto ao Estado” (Entrevistado 7).

Nosso calo hoje em dia é relacionado aos exames mais complexos de imagem. A nossa demanda é muito grande pra pouca quantidade de vagas mensais. A lista de espera tá muito grande. Pra você ter noção, a gente recebe cota de apenas uma densitometria/mês. Recebia, né? E a gente tem 90 mil habitantes. Aí você imagina o sufoco (Entrevistado 7).

Em termos de temporalidade entre solicitação e realização de exames, informações advindas do município de Caruaru ilustram a problemática:

Para exames há estrangulamento na ultrassonografia. Tomografia ele tem um prazo, consideramos até 30 dias. A Ressonância Magnética tem uma fila de quatro a seis meses. Vale salientar que os serviços de alta complexidade ainda não são administrados pelo município, é pelo Estado e a gente apenas regula dentro do sistema estadual (Entrevistado 8).

A regulação da Secretaria Estadual de Saúde reconhece que persistem problemas quanto ao agendamento de procedimentos diagnósticos dada a limitação da contratualização da rede de serviços e a insuficiência de recursos financeiros. Para o setor, estudos podem ajudar a definir onde há maior fila de espera e gerar demanda para ampliação na capacidade instalada de oferta dos procedimentos:

Há uma limitação do ponto de vista orçamentário para aumentar a quantidade de procedimentos que são contratados com a rede privada. Embora a gente saiba onde tem fila de espera... A gente tem feito estudos sobre a demanda e segue no convencimento do gestor para que isto se torne algo real (Entrevistado 11).

Dentro deste contexto, destacam-se variáveis que influenciam direta ou indiretamente na alta demanda para procedimentos diagnósticos de alto custo: “Será que a demanda está grande porque a população tem necessidades? Ou por que a atenção básica não está referenciando da maneira que deveria? Ou será que não havia necessidade de acompanhamento por um reumatologista? É isto que a gente tem que analisar” (Entrevistado 11).

No concernente à assistência terapêutica, destaque é dado à fisioterapia, sendo esta ofertada pelos serviços próprios da administração pública e em oferta significativa pelos municípios e pelo Estado, principalmente no interior: “Tem demanda pra fisioterapia, pra hidroterapia, apesar de a gente não receber recurso pra hidro, mas a gente garante em alguns casos” (Entrevistado 7).

Aqui na região nós temos o serviço de fisioterapia da UPA, no Hospital Estadual Professor Agamenon Magalhães para os pacientes internos na clínica médica, e também no município de Serra Talhada tem um serviço de reabilitação, além dos

outros municípios da regional que tem equipe de NASF com fisioterapeuta que estão dando este suporte, como em São José do Belmonte, Floresta, Triunfo, Flores...(Entrevistado 2).

A cronicidade das DR ocasiona problemas na gestão dos serviços terapêuticos, agravados em muitos casos pela inoperância dos serviços básicos em garantir a longitudinalidade do cuidado.

Fizemos auditoria nas clínicas pra verificar quem precisa continuar em tratamento de fisioterapia, a quem a gente deve dar alta, abrir vagas... tem casos que precisam de alta, porque havia pacientes que permaneciam a vida toda em tratamento. Era uma deficiência que foi superada (Entrevistado 7).

Para ampliar a oferta destes serviços, o município de Serra Talhada planeja ter um Centro de Reabilitação próprio da administração pública: “A gente tá tentando inclusive alocar verbas do Ministério pra construir o nosso Centro de Reabilitação pra dar um melhor suporte” (Entrevistado 7).

4.2.5 Regulação

Dentro da temática da regulação do acesso aos serviços de saúde, os entrevistados citaram a importância dos protocolos clínicos para a definição do local prioritário para atendimento clínico aos usuários portadores de DR:

Ele tem que seguir o protocolo. Todos os casos passam pelo médico regulador. Então o médico regulador autoriza o procedimento de acordo com o protocolo. Se a solicitação estiver de acordo com o protocolo, pronto... o médico autoriza o procedimento e ele é agendado. Mas não existe classificação de risco para atendimento ambulatorial (Entrevistado 1).

Para se ter acesso ao serviço de referência especializada, este paciente vem através de um protocolo específico. Então na Atenção Básica quando se faz a discussão com estes encaminhamentos se trabalha quais são as diretrizes para encaminhar este paciente. Existe um protocolo específico para encaminhamento das doenças reumatológicas (Entrevistado 1).

Questões relacionadas à formação profissional e a consequente qualificação dos serviços de saúde foram apontados como problemas para a operacionalização dos protocolos clínicos:

Eu acho que a qualificação dos profissionais da Atenção Básica para identificar os pacientes precocemente, o referenciamento para a média e alta complexidade e principalmente a contrarreferência destes serviços para que a Atenção Básica possa

dar continuidade a este tratamento, porque uma vez que ela deve continuar acompanhando este paciente (Entrevistado 1).

Embora esta seja uma preocupação recorrente nos discursos dos entrevistados, não foram identificadas iniciativas dentro das GERES que contemplem a resolução desta questão:

Não, ainda não está inserido no projeto de educação permanente a temática das Doenças Reumatológicas dentro desta regional. O plano que foi desenvolvido no PAREPS pela CIES Estadual tinha a proposta de 4 capacitações, sendo 2 em 2016 e 2 em 2017. Em nenhuma delas se inclui a questão da reumatologia... até porque é uma demanda discutida na regional e surge dos próprios municípios e serviços. E a gente não percebe ainda uma preocupação com esta linha de cuidado (Entrevistado 2).

Como é que funciona? Este ano é que vai ter o protocolo pras unidades de saúde: tanto pra questão de cardiopatas, hipertensos, pra reumato... porque aí tem que entrar no conselho de saúde, passar pela câmara de vereadores, tem todo um processo. Mas, assim, hoje nós não possuímos um protocolo pra isso (Entrevistado 5).

Infelizmente nós estamos em processo de construção desta questão de fluxo de referencia e contrarreferência, né? O município não tem isso bem instituído. Ele até funciona, mas não de maneira ordenada, organizada, nem pra reumatologia nem pra outras especialidades (Entrevistado 6).

Em alguns locais foi verificado que a regulação é compreendida de forma a não permitir uma “gestão da clínica”, posto que a visão dos gestores ainda é arraigada de uma regulação cuja finalidade é agendar consultas e procedimentos para pacientes demandados pela Atenção Básica aos demais níveis de complexidade:

Os profissionais das unidades de saúde, tanto enfermeiros quanto médicos, eles possuem uma lista de medicações que o município fornece, que o Estado fornece, uma lista das especialidades que se encontram no município, uma lista das especialidades que se encontram no Estado através da UPAE e quantidade de vagas que são disponibilizadas para cada unidade (Entrevistado 5).

O médico, após o atendimento, entrega a solicitação do exame que seja para conclusão de diagnóstico e o paciente entrega a enfermeira, ela coloca na pasta dela e uma vez por semana a unidade entrega na regulação. Aí a gente faz uma separação de gestante, se for algum caso urgente, a gente sabe que tudo é eletivo, mas sempre tem uma mais urgente que a outra... Aí a gente entrega na regulação. Quando eles marcam, volta pra unidade, os ACS vão na casa do paciente entregarem a autorização, para que em tempo hábil eles possam ir fazer os exames (Entrevistado 5).

Porém, gestores dos municípios de Caruaru e Recife elucidaram mecanismos que foram utilizados para a elaboração dos protocolos:

Em Recife, febre reumática a gente tem protocolo e os outros a gente tá desenvolvendo agora o Telessaúde. Para reumatologia isso não tá existindo, mas já

tá no processo, em formatação, mas não na prática. Os médicos reumatologistas funcionam como apoiadores matriciais que farão os protocolos. Dois ou três da nossa rede, pede pra eles sentarem, negocia com eles, eles fazem um protocolo, depois isso vem pra atenção básica, pra área especializada, e aí quando ele é validado, ele entra em uso. A gente até teve uma experiência do uso do Telessaúde na época da Chicungunya para abordar a reumatologia, a questão da dor crônica. Elaboramos um protocolo de dor crônica e através do Telessaúde a rede básica teve apoio da especializada com o reumatologista. O paciente, dentro desse protocolo de dor crônica, chegava o momento em que ele precisava do reumatologista. Se ele precisasse, ele poderia ter acesso ao reumatologista ou na unidade dele, através do Telessaúde, ele ter uma interconsulta matriciada pelo reumatologista. Aí dessa ideia a gente começou a pensar que poderia fazer isso para as outras doenças reumatológicas também. Porque deu certo, né? (Entrevistado 4).

O município de Caruaru, a secretaria de Caruaru, ela em 2015 implantou um instrumento normativo que foi designado como um protocolo assistencial que é a NOA – Norma Operacional de Acesso Equitativo e Integral para consultas e exames especializados. Foram contratados profissionais especificamente uma médica com formação acadêmica e com formação na atenção básica, médica da família, na perspectiva de construir os protocolos clínicos na área médica e discutindo os fluxos de acesso também com essa finalidade de facilitar, de operacionalizar o acesso dos pacientes/usuários do SUS, principalmente na intenção de começar a trabalhar um olhar diferenciado – o cuidado. Uma regulação formadora e um olhar do cuidado do indivíduo. (Entrevistado 8).

Há definição de fluxo da regulação em todos os municípios-sede das macrorregiões do estado de Pernambuco, ou seja, Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina, onde os agendamentos de consultas em algumas especialidades médicas e de alguns exames que não exigem autorização prévia são realizados de maneira descentralizada:

Em Petrolina, as marcações são descentralizadas para exames de análises clínicas, patológicos, ou por imagens. Com exceção dos exames de alto custo que passam pela regulação, via APAC. Esses não são via unidade. Apenas via central de marcação ou direto na policlínica. Os pacientes devem ter Cartão SUS. Em casos de exames de alto custo, o paciente vai até a unidade básica de saúde, que é a porta de entrada. Lá eles recebem solicitação de exames ou de consultas com especialistas. Em algumas unidades a solicitação de consultas especializadas é descentralizada e lá mesmo eles marcam. E o fluxo se repete (Entrevistado 6).

É feito através de um sistema informatizado aqui em Serra. As enfermeiras entram em contato com a regulação... elas tem um cadastro de pacientes lá... de acordo com a demanda dela... Tudo informatizado. O paciente não se desloca não, nem pra pegar as guias. O paciente recebe em casa, pelo ACS dele, as guias já marcadas (Entrevistado 7).

Em Caruaru, mediante o sistema ele dá três opções: um médico faz a leitura do sistema da solicitação; mediante essa solicitação ele pode solicitar maiores informações então ela entra como pendência. Ele pode autorizar de imediato ou não autorizar por discordância das solicitações (Entrevistado 8).

Da mesma maneira, na esfera estadual, os protocolos assistenciais são utilizados para a regulação das consultas e procedimentos em reumatologia:

Todos os pacientes que vêm encaminhados da atenção básica são inseridos pelos municípios no sistema de informações. A gente aqui visualiza, verifica a conformidade com os protocolos e o nosso médico regulador define a autorização ou não. Em caso de autorização, faz-se o agendamento e se informa ao paciente o local e horário da consulta ou procedimento de exame (Entrevistado 11).

Pelo fato de existir um sistema informatizado de regulação, a Secretaria Estadual de Saúde gerencia a fila de espera não pela ordem de inserção do paciente pelos municípios que demandaram a necessidade de atenção especializada ou exames de diagnóstico, mas pela prioridade clínica:

Se tiver no protocolo que o paciente tem mais necessidades, ele será prioritário. No sistema o médico tem como colocar se a prioridade é baixa, alta ou muito alta. Tudo vai depender da história clínica, das informações do paciente. Quando ele fica com prioridade maior, o município visualiza ele como primeiro da fila, por exemplo (Entrevistado 11).

Esta regulação estadual é descentralizada: “Em todas as regiões de saúde temos uma central de regulação regional, com médico regulador, descentralizada da estadual e interligada a esta” (Entrevistado 11).

O município de Caruaru dispõe de agendamento por via telefônica e por sistema informatizado, que permite também ao usuário acompanhar o tratamento de sua demanda: “Quando ele não tem cobertura [de unidade básica de saúde] ele [o paciente] liga para o 0800 e aí ele vai para os centros de saúde e lá já fazem o próprio agendamento. Exames também funcionam da mesma maneira” (Entrevistado 8).

Foi criado também um espaço, um acesso a população que a gente chama VICOM-SUS. É pela internet, on-line, onde todas as pessoas podem consultar e até imprimir seu agendamento bastando acessar o site da Secretaria de Saúde. Pode estar autorizado, aguardando agendamento que é quando a Central Médico autorizou mas não tem a oferta do serviço (Entrevistado 8).

Enquanto que o município de Petrolina possui agendamento informatizado: “Mas eu diria que de 40 a 50% das unidades básicas sim, fazem agendamento on-line. Mas não temos 0800” (Entrevistado 6).

4.2.6 Assistência farmacêutica

Dada à complexidade dos problemas reumatológicos, a assistência farmacêutica é um grande desafio para se concretizar um cuidado efetivo aos usuários. Os relatos dos gestores municipais entrevistados apontam para a oferta de medicamentos do componente

básico como sendo sua responsabilidade e para a gestão estadual a oferta do componente especializado, onde se inclui boa parte dos medicamentos para as DR: “Existe um elenco de medicamentos que são disponibilizados dentro do componente especializado para determinadas doenças reumatológicas, por exemplo lúpus, artrite reumatoide, enfim...” (Entrevistado 1).

Tem pouca medicação ao paciente reumatológico, porque muitas destas não estão dentro da relação nacional de medicamentos essenciais. Aí a gente não tem na Atenção Básica. A gente tem na rede especializada e algumas medicações só são disponibilizadas pelo Estado, pela Farmácia do Estado. Na atenção básica a gente tem corticoide, tem analgésicos, codeína e penicilina benzatina (Entrevistado 4).

Por parte da gestão estadual, responsável pela oferta de medicamentos especializados, é definido o fluxo assistencial com relevância para a responsabilidade das GERES:

O paciente vem encaminhado pelo especialista da rede SUS. Por exemplo: ele foi atendido na UPAE e há necessidade desse medicamento de alto custo. Lá são preenchidos formulários específicos, o serviço e os profissionais tem conhecimento sobre isto, para solicitação dos medicamentos de acordo com os protocolos. Esses protocolos são de acordo com o Ministério da Saúde. O paciente é direcionado a sede da GERES, onde ele dá entrada no sistema com toda a documentação dele. Em Recife, essa documentação é sujeita à análise e aprovação e, em média com 30 dias sai o parecer se foi aprovado ou não e aí o paciente já é acionado para buscar a medicação. Ele fica pegando essa medicação a cada mês até a conclusão do tratamento. Se for necessária uma reavaliação, de acordo com o protocolo, eles voltam pra unidade, o médico reavalia, faz uma atualização do requerimento e ele continua tendo acesso aos medicamentos (Entrevistado 1).

Ainda orientado pelo Plano Diretor de Regionalização do estado de Pernambuco, se reconhece que algumas regiões possuem como característica amplas distâncias geográficas entre os municípios, o que dificulta a assistência à saúde. Para enfrentar este problema, estratégias foram adotadas para tentar garantir assistência farmacêutica, a exemplo do que ocorre em Petrolina e Serra Talhada: “Eu tenho municípios que distam até 40 km e outros que acima de 140 km. E a única farmácia de referencia para o componente especializado fica em Serra Talhada, sob a coordenação da XI GERES atendendo 10 municípios” (Entrevistado 3).

Como esta Farmácia [do componente especializado] fica em Petrolina, fazemos também a Farmácia Itinerante: onde vai o farmacêutico com os medicamentos que já se sabe que serão daqueles pacientes naquele município para disponibilizar lá e não precisar que o paciente venha até aqui (Entrevistado 1).

4.2.7 Transporte sanitário

Dentro do subsistema logístico, o transporte sanitário é o item menos citado pelos gestores entrevistados. Quando questionados sobre qual o tipo de transporte oferecido aos usuários, destacam-se na cidade do Recife e Petrolina a visão de “assistência social” e em Serra Talhada o chamado Tratamento Fora de Domicílio (TFD): “Em Petrolina existe via ambulância social, que a gente tem um serviço. E existe também aquele do Estado que é o Pernambuco Conduz. Via secretaria de assistência social” (Entrevistado 6).

A gente tem o transporte social que é monitorado por assistentes sociais dentro dos Distritos Sanitários. Mas ele tem alguns parâmetros, por exemplo se for um paciente cadeirante, com dificuldade de locomoção... na verdade, assim, ele precisa também do laudo do médico dizendo que o paciente não tem condições de se locomover, aí ele é encaminhado ao Distrito Sanitário pra assistente social que vai colocar ele no transporte social. Se tiver vaga ele entra imediatamente; se não, ele entra em fila de espera (Entrevistado 4).

“Temos o TFD, né? O Tratamento Fora de Domicílio só é utilizado realmente pelos pacientes que precisam se tratar em Recife. Os pacientes que não tem como se tratar aqui em Serra Talhada, a gente encaminha pra Recife, aos hospitais regulados pelo Estado: IMIP, Oswaldo Cruz, Otávio de Freitas” (Entrevistado 7).

Ressalta-se que a ausência de transporte adequado aos pacientes para o deslocamento até o estabelecimento de saúde em que será atendido, sobretudo na atenção especializada e na realização dos exames de diagnósticos, é um dos principais motivos para o absenteísmo:

“Uma vez que o médico autorizou, o município que vai ter que agendar o transporte para o paciente... mas acontece muita falta de paciente a consultas e procedimentos pela falta do transporte, o que é muito ruim porque termina desperdiçando a vaga e deixando de ofertar a outro que também tem necessidades...” (Entrevistado 11).

4.2.8 Fragmentação e transversalidade da rede de atenção ao paciente reumatológico

A partir dos relatos dos entrevistados sobre os componentes da estrutura operacional das RAS, elucida-se uma fragmentação da atenção à saúde e pouca prioridade para a temática das DR:

Nós temos uma rede fragilizada em função da forma de gerenciamento das unidades. Nós temos um hospital universitário que é gerenciado de forma federal, como nós temos a UPAE que é de gerência estadual e nós temos a rede municipal, esses

mecanismos de monitoramento acabam se fragilizando. Apesar de que a GERES e o município procuram monitorar, mas a gente entende que ainda é de forma incipiente (Entrevistado 2).

Eu acredito que precisa ter um olhar mais específico, uma linha de cuidado mais direcionada à reumatologia. Temos uma carência muito grande na reabilitação porque a gente sabe que estes pacientes necessitam e a gente tem uma carência muito grande nisto. Mas a rede funciona, de forma fragilizada, mas funciona (Entrevistado 3).

Por outro lado, ressalta-se a transversalidade do cuidado às DR em outras áreas do sistema de saúde como as vigilâncias, não sendo notificada uma rede temática como acontece com a saúde da mulher, do idoso, entre outras.

Agora a atenção existe, ela tá em vários setores, no manejo da dor, nos serviços especializados, no tratamento da causa, na vigilância do idoso, na vigilância dos outros públicos que são mais alvo dessas questões, das doenças como a chicungunya que dá as artralguas e se confunde muito o diagnóstico. Voltando objetivamente a atenção existe, ela está na rede de atenção, agora não existe o rótulo da atenção, como saúde da mulher, saúde do idoso, que é mais ou menos estruturado a depender da condição local (Entrevistado 10).

4.3 Análise documental

4.2.1 Documentos Nacionais

A portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para organização da RAS no âmbito do SUS: justifica a necessidade de se organizar a RAS; define os principais conceitos, fundamentos e atributos da RAS; descreve os elementos constitutivos da rede e aponta ferramentas de microgestão dos serviços e estratégias para a implementação. Entretanto, não aborda questões relacionadas às DR, objeto de estudo da presente pesquisa.

A portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, redefine a RAS das pessoas com doenças crônicas no âmbito do SUS: determina as competências das esferas de gestão, detalha o papel de cada um dos componentes da rede e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Porém, não faz menção às DR e/ou a qualquer outra DCNT especificamente, aborda a questão das doenças crônicas de maneira generalista.

A portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, sugere critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS, com a finalidade de orientar de maneira quantitativa os gestores do SUS nos três níveis de governo. Os parâmetros foram construídos com base na realidade nacional e literatura internacional que apresenta um sistema de saúde semelhante ao brasileiro, no entanto, tem caráter indicativo por

considerar que existem particularidades locais; pretendem reduzir desigualdades, reorientar para as necessidades, racionalizando o uso dos recursos disponíveis, e fortalecer a questão da regionalização da assistência especializada por meio da gerência adequada das RAS.

É válido ressaltar que a portaria supracitada considera que estes parâmetros devem ser complementados com diversos outros critérios para estrutura e funcionamento das RAS, como qualidade dos serviços, segurança dos usuários e trabalhadores da saúde, necessidade de transporte sanitário, sistemas de comunicação, assistência farmacêutica, equipamentos e dispositivos e insumos sanitários. A seção II do documento diz respeito a atenção às pessoas com DCNT; é iniciada com um quadro, trazido a seguir (quadro 6), que estima a composição da população brasileira por estratos definidos com a finalidade de auxiliar na programação da assistência às condições crônicas.

No entanto, a seção II só aborda os parâmetros para as doenças renocardiovasculares. A reumatologia é abordada na seção V, intitulada “Atenção especializada”, que apresenta os parâmetros para necessidade das principais especialidades médicas, bem como um rol de procedimentos e exames que foram relacionados a um médico especialista. Para reumatologia, o quadro 7 desta tese indica a quantidade de médicos reumatologistas (40 horas semanais), bem como a quantidade de consultas médicas da especialidade, por 100.000 habitantes. O quadro 8 reforça estes parâmetros.

Quadro 6 – Estimativa da composição da população brasileira por extratos definidos para programação da assistência às condições crônicas.

Especificação	% da população total	por 1.000 habitantes	População de referência para uma ESF – Estratégia da Saúde da Família
População total	100,00%	1000	2.000*
População >18 anos	70,49%	705	1.410
População 20 anos ou mais	66,99%	670	1.340
População 35 anos ou mais	41,22%	412	824
Homens 35 anos ou mais	19,23%	192	385
População 45 anos ou mais	27,06%	271	541
Mulheres 45 anos ou mais	14,29%	143	286
População 55 anos ou mais	15,12%	151	302
Homens de 55 a 74 anos	5,68%	57	114
Homens com 65 anos	0,28%	3	6
Homens de 65 a 74 anos	2,04%	20	41
Mulheres de 65 a 74 anos	2,46%	25	49

Fonte: Brasil (2015).

Quadro 7 – Parâmetros relativos ao quantitativo de médicos especialistas, consultas e exames especializados.

Médicos, consultas e exames especializados	Número de profissionais, consultas ou exames por 100.000 habitantes
Quantidade de médicos 40 horas semanais - Reumatologista	1
Consulta médica reumatologia	1000

Fonte: Brasil (2015).

Quadro 8 – Referências para cálculo de parâmetros de necessidade de médicos especialistas.

Especialidade	Razão médico/100 mil habitantes	Número de habitantes/especialidade
Reumatologia	1	100.000

Fonte: Brasil (2015).

Ainda sobre a Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, no que diz respeito aos exames complementares, houve a agregação de procedimentos em conjuntos, ou seja, determinados exames utilizados ou realizados por mais de uma especialidade estão vinculados unicamente a uma delas, prioritariamente à especialidade que mais aparece como responsável pela sua realização; desta maneira, não foram descritos os parâmetros relacionados aos exames complementares na área de reumatologia. Não foram identificados, também, parâmetros para quantidade de leitos/internações em reumatologia. (BRASIL, 2015)

Em 2016, o Ministério da Saúde, em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, lançou cartilhas com protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada, sendo o volume 3 referente às áreas de reumatologia e ortopedia adulto. Os protocolos têm como objetivo subsidiar a gestão da regulação e apoiar os profissionais do SUS no cuidado prestado ao paciente da atenção básica.

Em reumatologia, como orientações gerais, têm-se que (BRASIL, 2016c):

Pacientes com suspeita de artrite reumatoide de início recente (sintomas há menos de um ano) ou diagnóstico de artrite reumatoide, suspeita ou diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico, diagnóstico de artrite psoriásica, síndrome do anticorpo antifosfolípido (SAF), esclerodermia sistêmica, miopatias inflamatórias, vasculites sistêmicas, espondilite anquilosante e síndrome de Sjögren devem ter preferência no encaminhamento ao reumatologista, quando comparados com outras condições clínicas. Esses critérios devem ser readaptados conforme a necessidade da regulação local.

Algumas condições de saúde mais comuns que necessitam encaminhamento para serviços de urgência/emergência são contempladas nesses protocolos. Entretanto, existem muitas outras condições que não foram contempladas. É responsabilidade do médico assistente tomar a decisão e orientar o encaminhamento para o serviço apropriado, conforme sua avaliação.

Pacientes com suspeita de artrite séptica (monoartrite sem diagnóstico estabelecido, especialmente se sintomas sistêmicos presentes e pessoa com outros fatores de risco

como: idade acima de 80 anos, diabete mellitus, prótese articular, cirurgia articular recente, infecção/lesão cutânea, etilismo, uso de drogas ilícitas endovenosas) devem ser avaliados em serviços de pronto-atendimento/emergência.

Após orientações gerais, a cartilha traz protocolos de encaminhamento para artrite reumatoide, artrite psoriásica, lúpus eritematoso sistêmico, dor lombar e alterações em exame de imagem de coluna lombar, artrite por deposição de cristais (gota), osteoartrite, fibromialgia, bursite/tendinite e dor miofascial. Lista as condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para reumatologista e conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter. Em algumas patologias, detalha, também, condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para outras especialidades médicas e/ou acompanhamento de outros profissionais da saúde, bem como critérios para solicitação de exames mais específicos, a exemplo da ressonância nuclear magnética e da tomografia computadorizada. As informações solicitadas nos protocolos determinam se o paciente necessita de encaminhamento para especialidade e definem a prioridade deste encaminhamento.

Como anexo da cartilha, são trazidos critérios reconhecidos como padrão-ouro para diagnóstico e classificação das principais patologias reumatológicas e descrição ilustrada de testes clínicos que podem ser empregados no atendimento médico.

4.3.1 Documentos Estaduais

O PES (2016-2019) é um documento que expressa o compromisso da gestão com a saúde dos pernambucanos. Apresenta o diagnóstico situacional da atual condição sócio-demográfica, epidemiológica, de atenção e gestão da saúde do Estado; em seguida, expõe o mapa estratégico da secretaria estadual de saúde, as diretrizes, objetivos estratégicos, ações e metas, além de como será o monitoramento e avaliação do PES (2016-2019). Por fim, listam-se as recomendações da 8ª conferência estadual de saúde e do conselho estadual de saúde.

Na análise do documento, não foi realizada menção às DR. Observa-se que as principais DCNT monitoradas e prioritárias na assistência a saúde dos pernambucanos são as neoplasias, as doenças respiratórias crônicas, as doenças do aparelho circulatório e o diabetes mellitus, constituindo um grupo.

Na população geral, ressaltou-se o crescimento das internações por neoplasias (70,1%) e doenças respiratórias crônicas (13,9%). O grupo das principais DCNT supracitadas

apresentou um aumento de 8,1% na taxa de mortalidade prematura (30-69 anos), quando comparada ao ano de 2004, sendo igual a 148,6/100.000 habitantes em 2013, valor maior que a taxa nacional de 140,0/100.000 habitantes. As doenças cardiovasculares, por sua vez, apresentam um forte impacto na mortalidade geral, representando 71,1% dos óbitos por DCNT no Estado em 2013.

O PES (2016-2019) reconhece que é crescente o número de pessoas idosas (60 anos ou mais) com DCNT. As doenças do aparelho circulatório foram responsáveis pelas principais causas de internações estaduais, nesta faixa etária, no período de 2010-2014, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório e digestivo. Quanto às causas específicas de internações da população idosa, no ano de 2014, pneumonia, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, outras doenças isquêmicas do coração e infarto agudo do miocárdio ganharam destaque como as cinco primeiras causas de internações na referida população.

No que diz respeito aos óbitos em idosos, entre 2010 e 2012, as doenças do aparelho circulatório também lideraram o ranking, porém, entre 2013 e 2014, as doenças do aparelho respiratório passaram a ocupar o primeiro lugar e, em 2014, as pneumonias e septicemias foram eleitas as duas primeiras causas específicas de óbitos em idosos pernambucanos. De acordo com o SIH-SUS, a pneumonia foi considerada a primeira causa de mortalidade por causa específica em idosos no período de 2010-2014.

O tópico destinado à saúde da mulher traz dados específicos do grupo das DCNT, relacionados ao câncer de colo de útero e câncer de mama; enquanto que o tópico referente à saúde do idoso ratifica a associação entre população idosa e DCNT, citando, inclusive, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e as Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS como documentos suplementares de leitura e direcionamentos. Ao analisar a política e as diretrizes em questão, não são citadas as DR, nem qualquer outra DCNT especificamente, destaca-se apenas a necessidade da implementação de uma RAS e fortalecimento da atenção básica, uma vez que:

Saúde para a população idosa não se restringe ao controle e à prevenção de agravos de doenças crônicas não-transmissíveis. Saúde da pessoa idosa é a interação entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social (BRASIL, 2006b).

A 'epidemia de doenças crônicas e de incapacidades funcionais' resulta no uso mais intensivo e prolongado dos serviços de saúde, exigindo adequação das redes de atenção à saúde para responder às necessidades emergentes. A melhoria da Atenção Básica de Saúde, portanto, é essencial para reduzir a agudização das doenças crônicas e as internações desnecessárias e/ou não programadas (BRASIL, 2014c).

O mapa estratégico apresentado na PES (2016-2019), disponível na figura 6 desta tese, revela que a melhora da RAS como um todo também é uma preocupação do Estado. No entanto, é válido ressaltar que as DR, objeto de estudo desta pesquisa, não sejam citadas em nenhum momento, inclusive nos objetivos estratégicos e, conseqüentemente, na lista de indicadores de resultados.

Figura 6 - Mapa estratégico da Secretaria Estadual de Saúde



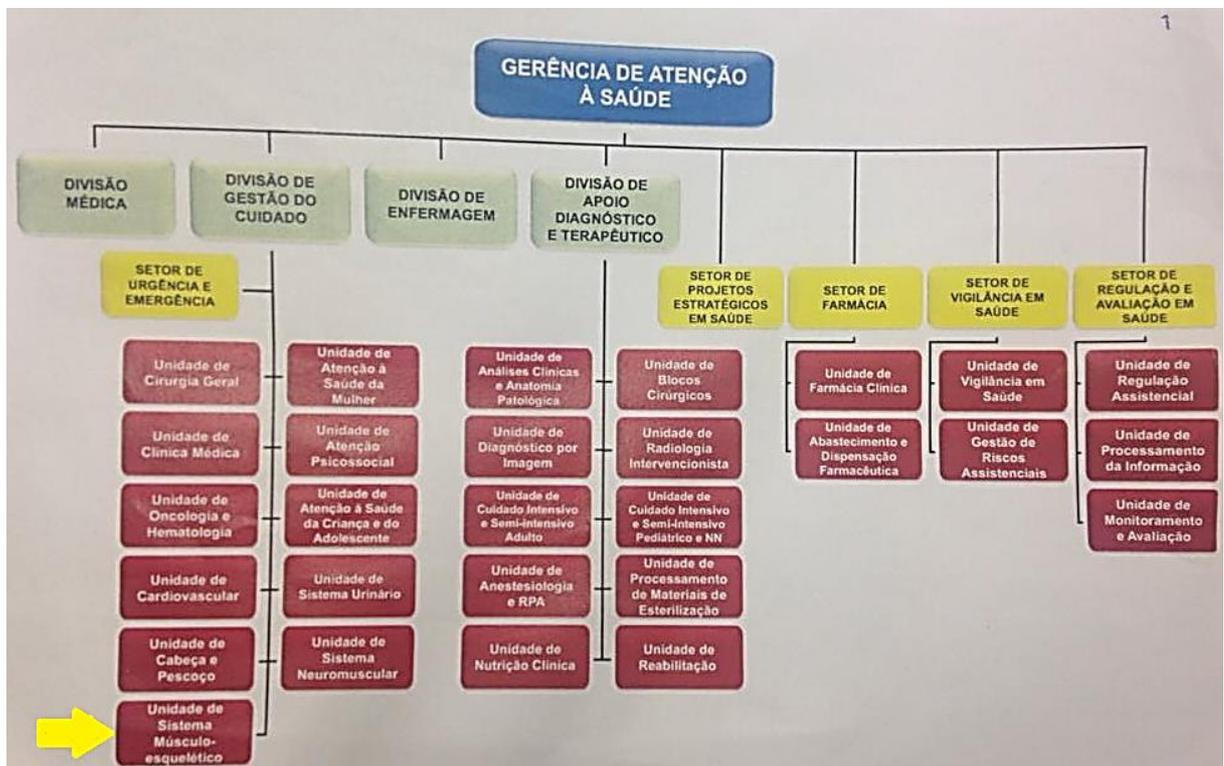
Fonte: Pernambuco (2016).

Quanto ao plano diretor de regionalização do Estado (2011), tem-se que é um documento para subsidiar a organização da saúde de forma regionalizada, solidária, hierarquizada e resolutiva. Descreve como foi realizada a pactuação da atual divisão assistencial do Estado e expõe as oito linhas de cuidado elencadas (cardiologia, oncologia, urgência/emergência com ênfase em trauma, materno-infantil, nefrologia, saúde mental, saúde bucal e oftalmologia). A especialidade de reumatologia não foi citada no documento.

4.4 HC/UFPE: Hospital de referência do estado de Pernambuco para atendimento de pacientes com DR

A área de reumatologia faz parte da Unidade de Sistema Músculo-esquelético da Divisão de Gestão do Cuidado da Gerência de Atenção à Saúde do HC/UFPE, como pode ser visualizado na figura abaixo (Figura 7), que ilustra a estrutura operacional de funcionamento assistencial do hospital.

Figura 7 - Estrutura operacional da Gerência de Atenção à Saúde do HC/UFPE.



Fonte: Hospital das Clínicas (2017).

O HC/UFPE é, juntamente ao Hospital Universitário Oswaldo Cruz, a referência na atenção secundária e terciária em Reumatologia, como relatado a seguir.

O hospital está na grade na central ambulatorial do estado na especialidade de reumatologia como referência aos casos que não tiveram resolução nas unidades de atenção básica e nos serviços especializados do município e do estado. O hospital é considerado de resolução máxima nessa área (Entrevistado 12).

O hospital vê a reumato como uma área estratégica, porque é algo que o hospital oferece pelo SUS que não é oferecido em outros lugares nem vai se conseguir oferecer porque é uma área de profissionais escassos, tem poucos reumatologistas, a formação não é simples, por ser um serviço universitário agrega e faz com que eles tenham vontade de querer vir trabalhar aqui porque tem aluno, tem pesquisa e um monte de coisa junto. Aumentou o quadro com o concurso para novos reumatologistas, então aumentou a demanda de atendimentos (Entrevistado 12).

Um total de 4.530 usuários foram atendidos no ambulatório de Reumatologia do HC no ano de 2016. A média de idade foi de 52 anos, sendo a mínima de 2 e a máxima de 96, com moda de 56 anos. Deste total, 79% corresponderam a pessoas do sexo feminino (n= 3.622) e 21% do sexo masculino (n=908).

Quanto aos municípios de origem, não havia a informação referente a 104 usuários e 53 eram provenientes de outros estados, sendo a Paraíba e Alagoas os principais. Para os demais (n= 4.373), constatou-se que no público de atendimento estavam pacientes oriundos de 164 municípios pernambucanos, com destaque para as cidades do Recife (n= 1.205), Jaboatão dos Guararapes (n= 501), Camaragibe (n= 256), Paulista (n= 189), Olinda (n= 161), Vitória de Santo Antão (n= 149) e São Lourenço da Mata (n= 142).

Dados referentes à origem dos pacientes por regiões de saúde do estado de Pernambuco podem ser visualizados na tabela a seguir (tabela 4), onde se destaca concentração de usuários originários da 1ª região de saúde.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes atendidos no HC/UFPE por regiões de saúde em Pernambuco, 2016.

Região de Saúde	N	%
Recife (1ª Região)	2.958	67,27%
Limoeiro (2ª Região)	394	8,96%
Palmares (3ª Região)	176	4,00%
Caruaru (4ª Região)	293	6,66%
Garanhuns (5ª Região)	88	2,00%
Arcoverde (6ª Região)	106	2,41%
Salgueiro (7ª Região)	38	0,86%

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes atendidos no HC/UFPE por regiões de saúde em Pernambuco, 2016. (conclusão)

Região de Saúde	N	%
Petrolina (8ª Região)	37	0,84%
Ouricuri (9ª Região)	36	0,81%
Afogados da Ingazeira (10ª Região)	44	1,00%
Serra Talhada (11ª Região)	70	1,60%
Goiana (12ª Região)	157	3,59%
TOTAL	4.397	100,00%

Fonte: Elaborado pela autora a partir do banco de dados do HC/UFPE.

A entrada destes usuários se dá a partir da regulação da Secretaria Estadual de Saúde, porém os retornos às consultas são agendadas pelo próprio estabelecimento de saúde:

A gente recebe pacientes encaminhados via regulação central do estado numa cota que é fixada duas vezes por semana, a gente recebe pacientes encaminhados por eles e esses pacientes são acolhidos e é feita uma avaliação e a partir daí eles são incluídos no serviço mediante a sua necessidade (Entrevistado 12).

A operacionalidade é mensalmente, com antecedência de um mês eu envio a grade com consultas e exames que serão disponibilizados no mês seguinte, a SES disponibiliza para os municípios a marcação dessas vagas e no mês seguinte a gente faz o atendimento dos pacientes (Entrevistado 13).

A partir do momento que ele é incluído, ele tá dentro do perfil do hospital, que na avaliação verifica-se que é um paciente que vai se beneficiar da assistência que a gente tem aqui, então ele passa a ter o cartão do hospital, o registro aqui e os retornos são automáticos aqui mesmo, não passa pela central. A central é só o encaminhamento de primeira vez. Então a partir do momento que a gente ingressou na central foi no início de 2014, a reumatologia, nós deixamos de ter agendamentos com pacientes novos diretamente aqui. Todos vêm a partir da central. A partir do momento que tem os retornos e tal, aí sim, é aqui mesmo que acontece (Entrevistado 12).

Além destas duas possibilidades de acesso, uma terceira denominada interconsulta é citada no HC/UFPE:

...A gente tem o encaminhamento interno que a gente chama, que aqui no hospital tem a cultura de se chamar interconsulta. A clínica médica diagnosticou que o cara tem uma doença reumatológica e encaminha para reumatologia, então tem uma quantidade de vagas reservada no sistema pra esse encaminhamento interno entre as especialidades (Entrevistado 12).

Dentro do HC/UFPE, há um prontuário único que integra as informações ao longo de todo o percurso assistencial dentro do estabelecimento.

O prontuário é integrado ne? A gente precisa caminhar muito no sentido do registro se dar de forma sequenciada no prontuário. O que acontece muitas vezes: o prontuário junta documentos de diversas áreas e não necessariamente ele está concatenado numa ordem, ele não é evoluído escrito na mesma folha, na mesma sequência... Então se tem uma evolução, que se for pra fisioterapia, ele vai ter uma folha lá separada só do fisioterapeuta, separada ainda da evolução médica. Então a gente tá num processo aqui no hospital de fato de tentar fazer o prontuário ser único no sentido de que todos evoluam num mesmo campo né? (Entrevistado 12).

Alguns procedimentos de diagnóstico por imagem são realizados no próprio Hospital, com exceção para a Ressonância Magnética:

Eles fazem no hospital dia e o ultrassom fica dentro do próprio ambulatório. Então o próprio reumatologista é quem faz o exame. Se ele tá com o paciente lá e ele sentir a necessidade, ele mesmo faz o ultrassom na consulta e os exames laboratoriais a gente tem um fluxo de coleta e realização de exame aqui dentro do próprio hospital tem laboratório, ele solicita o exame, o paciente se desloca até a recepção do ambulatório é colhido e tem o tempo de entrega do resultado. Então tudo assim, na reumatologia, todos os exames laboratoriais que são necessários para o acompanhamento das doenças reumatológicas a gente faz aqui, imagem também, a gente só não faz a ressonância magnética aqui, mas a gente tem cota fora, que tá garantido também. (Entrevistado 12).

O HC/UFPE não dispõe de assistência farmacêutica para o ambulatório, sendo esta uma responsabilidade dos municípios de origem dos usuários: “A dispensação de um medicamento normalmente não fica registrada no prontuário, fica registrado no sistema de farmácia, mas a solicitação e o acompanhamento do paciente fica registrado pela equipe de referência dele no prontuário” (Entrevistado 13).

Com relação aos medicamentos, aqueles que são de aplicação no hospital são garantidos. A dispensação dos remédios, isso se dá no fluxo da rede do sus. Então nossa farmácia ambulatorial é uma farmácia restrita a alguns itens apenas, são itens do ministério da saúde, exemplo: antirretrovirais, alguns itens que são do programa do ministério da saúde, alguns de saúde mental, antidepressivos, ansiolíticos... mas nós não temos farmácia própria do hospital pra o ambulatório. Os pacientes vão com a receita para o seu município, no seu local de acompanhamento cotidiano, para serem dispensados os remédios (Entrevistado 12).

Nos relatos, destacou-se, também, a infusão de imunossupressores como um serviço específico do hospital.

Uma coisa que não se faz em lugar nenhum, que o sus não remunera, são os imunossupressores que a gente faz tudo aqui, mesmo sem uma remuneração específica ne? Vem pacientes de várias unidades especializadas, por exemplo, fundação altino ventura, paciente com uveíte refratária, que vem para fazer imunossupressor é atendido na reumatologia, é feito aqui, a gente acaba sendo suporte também para unidades especializadas de outras áreas pra assistência reumatológica e uso de imunossupressores (Entrevistado 12).

A gente tem um centro de infusão, onde os pacientes tomam os imunossupressores e os imunobiológicos. Os pacientes que são da reumatologia passam antes na reumatologia, ele é avaliado por um reumatologista, se tem infecção, se não tem, dá-se uma olhada nos exames, prescreve-se a medicação e manda pro centro de infusão. Os medicamentos que são dispensados no hospital, o hospital prepara e os medicamentos que vem da secretaria, alguém da secretaria do estado, da farmácia do estado leva diariamente os medicamentos lá no hospital e o centro de infusão funciona o dia inteiro de segunda a sexta com o pessoal do hospital das clínicas (Entrevistado 14).

Elucida-se a seguir (Figura 10) o referido protocolo de acesso ao serviço de Reumatologia do HC/UFPE:

Figura 8 - Protocolo de acesso ao serviço de reumatologia do HC/UFPE

Serviço de Reumatologia

- Condições que sugerem a necessidade do encaminhamento:
 1. Artrite com duração maior que 4 semanas
 2. Artrite com sintomas gerais e/ou sistêmicos tais como febre persistente, derrame pleural e/ou pericárdico, lesões cutâneas, etc
 3. Vasculite cutânea e/ou sistêmica
 4. Fenômenos trombóticos de repetição tais como abortamentos, TVPs associados ou não a lúpus eritematoso sistêmico e/ou plaquetopenia
 5. Espessamento cutâneo com ou sem fenômeno de Raynaud
 6. Citopenias principalmente se acompanhadas de artrite e/ou lesão cutânea
 7. Artrite associada a psorise
- Incluir no Encaminhamento:
 1. Tempo de evolução da condição verificada;
 2. Descrição das alterações encontradas;
 3. Co-morbidades Associadas;
 4. Tratamentos realizados, descritos detalhadamente;
 5. Hemograma, bioquímica básica e sumário de urina
- 6. Fluxo de atendimento:

O paciente encaminhado será atendido no ambulatório geral de reumatologia, onde serão realizados todos os procedimentos propedêuticos necessários ao caso. Se for diagnosticada doença reumatológica com necessidade de tratamento especializado, o paciente será agendado para acompanhamento nos ambulatórios de subespecialidade.
- Contra-referência

O paciente será contra-referenciado:

 - Quando não for evidenciada condição que requeira o tratamento especializado;
 - Quando receber alta definitiva do tratamento.

Em todas essas situações, o paciente receberá um relatório de atendimento para ser entregue no serviço de contra-referência, contendo o resumo do caso e as orientações necessárias para o acompanhamento.

Fonte: Hospital das Clínicas (2018).

Apesar da existência deste protocolo, críticas foram tecidas pela gestão do hospital quanto a dificuldades para a sua operacionalização:

A gente reclama muito de duas coisas da central de regulação estadual: uma é a dificuldade de atender o perfil [...], a gente manda pra central dizendo olha quais são os casos que deve mandar para o HC, com que exames, com qual atendimento prévio ne? Então a gente tem toda uma regrinha que manda pra central ambulatorial e via de regra, assim, geralmente, isso não é muito observado, então a gente recebe pacientes que não atendem ao perfil ne? Grande parte deles não atende ao perfil... é, mas esse protocolo existe (Entrevistado 12).

Chega desde casos simples que não precisavam estar aqui e até chegam pacientes que não seriam para aquela especialidade adequadamente, não preenchem os critérios no sentido da pertinência e outra não preenchem os critérios/requisitos, que é exames, a descrição correta da condição que justificou o encaminhamento... (Entrevistado 13).

Uma vez ao ingressarem no hospital, os usuários são acolhidos pelo ambulatório de Reumatologia, onde se realiza uma triagem tanto para verificar a conformidade do seu perfil com o protocolo assistencial quanto para se indicar qual profissional os irá atender, em razão da patologia que apresentam. “Todos os pacientes novos agendados pela central são acolhidos pelo reumatologista que faz uma triagem, uma avaliação inicial, que termina funcionando como uma regulação, pois se verifica se está dentro do perfil ou não está” (Entrevistado 12).

A equipe conta com 25 reumatologistas contratados e voluntários, residentes e mestrands para atender os pacientes. Atende quase 400 pacientes por semana e conta com um ambulatório geral para fazer triagem e, após triados, os pacientes são encaminhados para os ambulatórios específicos, que são 18: Artrite Psoriática, Artrites Iniciais, Artrite Reumatoide, Chikungunya, Esclerose Sistêmica, Espondiloartrites, Fibromialgia, GOTA, Lupus Eritematoso Sistêmico, Miopatias inflamatórias, Osteoartrite de mãos, Osteoartrite, Osteoporose, Psoríase, Reumatopediatria, Síndrome de anticorpos antifosfolípidos, Síndrome de Sjogren, Vasculites (Entrevistado 14).

Todo o processo de agendamento e retorno dos pacientes passou a ser informatizado dentro do HC/UFPE, tendo para isto um sistema próprio que interage com o Sistema de Informações de Regulação do SUS (SISREG):

O sistema daqui é próprio do hospital, tem algum grau de interação com o SISREG, não sei dizer exatamente qual, mas foram treinados aqui, não sei como está essa articulação de um sistema com outro. Agora está mudando para o sistema da EBSEH, que é o AGHU, que uma parte das especialidades já migrou, mas reumato ainda não, ainda está no master tools. Tem os dois funcionando e está no processo de reagendamento. Ele possibilita algumas coisas, como o médico poder marcar a consulta de retorno na frente do paciente e confirmar e o paciente já sair da consulta sabendo quando volta e aquela vaga já ficar preenchida no sistema. Na reumatologia ainda não é esse (Entrevistado 12).

Apesar dos esforços empreendidos para a garantia do acesso dos usuários via regulação, o absenteísmo é uma problemática recorrente dentro do hospital. Este fato se deve, segundo relato de um dos entrevistados, ao modo de agendamento dos pacientes pela central de regulação estadual e suas unidades descentralizadas nas GERES:

Eles abrem as vagas via internet para os municípios, então originalmente era na sede das GERES, município que não tinha internet tinha que se deslocar pra sede da GERES pra fazer o agendamento e isso já gerava muito absenteísmo, um grau de aproveitamento das vagas era pequeno, sobrava muita vaga, que era um negócio muito esquisito né? Então a gente começou a reclamar: Olha, tem dez vagas, tá vindo dois, tá vindo três... e eles abriram nos hospitais regionais pra ficar mais fácil, é, enfim, andaram mexendo pouco nesse fluxo, não sei dizer direito como e melhorou um pouco isso. A gente ainda tem um percentual grande de sobra de vagas, a depender da especialidade sobra mais em umas do que em outras e reumatologia é uma que não sobra muito, mas a gente ainda tem sobra de vaga (Entrevistado 12).

Além do atendimento ambulatorial, também existe a assistência hospitalar com internações decorrentes de problemas reumatológicos.

O paciente tem alguma intercorrência na medicação, alguma situação mais grave de algum quadro reumatológico que já vinha sendo acompanhado que agudizou e esse aí é encaminhado na hora no ambulatório, eles agendam a internação e é feito no leito deles no sétimo andar. A gente não tem tido problema (Entrevistado 12).

A relação vertical entre os níveis de atenção à saúde, neste caso o terciário com o primário, ainda não se dá de maneira a garantir a integralidade do cuidado, embora esforços sejam empreendidos pela gestão hospitalar.

A gente tem estimulado muito aqui uma relação do paciente egresso, do paciente aqui que tá em alta no ambulatório, que essa alta se dê de forma responsável e com contato com a equipe que vai continuar o cuidado dele. Então o paciente da reumatologia que compensou, tá bem, enfim, pode ser acompanhado na unidade municipal, que essa alta se dê com o contato da unidade municipal, com a passagem do caso, com o relatório detalhado do que ela tá fazendo de medicações e com a possibilidade dela retornar sempre que precisar com alguma piora do quadro, agudização, essas coisas (Entrevistado 12).

Sabe-se que pela natureza crônica das DR, quantidade significativa de usuários permanecerá em atendimento ambulatorial contínuo na estrutura do serviço de referência hospitalar, sobretudo diante da escassez da oferta de outros serviços no estado de Pernambuco. No entanto, o compartilhamento do cuidado por serviços de diferentes densidades tecnológicas é mencionado como uma estratégia que poderia gerar bons resultados na atenção aos usuários.

Tem alguns que vão ficar, porque são quadros graves que precisam ser atendidos de maneira especializada, outra parte que você tira do quadro agudo e você começa com a terapêutica a longo prazo, esses pacientes podem ser no mínimo compartilhados com a atenção básica. A gente tem trabalhado isso de um ano, um ano e meio para cá, tem vários casos que a gente deu alta e está conseguindo fazer isso na região metropolitana, no interior é mais difícil. Quando a gente consegue estabilizar, o paciente compensando, tomando medicação, ele pode tomar isso a nível ambulatorial e tendo intercorrência ele tem o cartão do hospital e retorna, tem a possibilidade de vir pra cá, como fluxo de retorno, acessa o ambulatório como um serviço de retorno e não mais de primeira vez (Entrevistado 12).

Para o gestor entrevistado, o papel do HC/UFPE pode ser mais amplo do que a oferta de assistência especializada, alcançando um nível de funcionar como apoio matricial a atenção básica dos municípios, por exemplo, dentro da especialidade da Reumatologia.

O hospital poderia funcionar como um apoio matricial entre a atenção básica e especializada dos próprios municípios, talvez especializada seja difícil porque a gente não tem muitos reumatologistas, principalmente no interior. Tem os residentes e doutorandos que aumentam a quantidade de atendimentos, mas é difícil. O sistema daqui é próprio do hospital, tem algum grau de interação com o SISREG, não sei dizer exatamente qual, mas foram treinados aqui, não sei como está essa articulação de um sistema com outro. Agora está mudando para o sistema da EBSEH, que é o AGHU, que uma parte das especialidades já migrou, mas reumatologia ainda não, ainda está no master tools. Tem os dois funcionando e está no processo de reagendamento. Ele possibilita algumas coisas, como o médico poder marcar a consulta de retorno na frente do paciente e confirmar e o paciente já sair da consulta sabendo quando volta e aquela vaga já ficar preenchida no sistema. Na reumatologia ainda não é esse (Entrevistado 12).

5 DISCUSSÃO

O objetivo geral desta tese consiste em analisar a estrutura e operacionalização da RAS para DR no estado de Pernambuco, englobando questões referentes à atual oferta e distribuição dos serviços especializados, à assistência dos pacientes acometidos por patologias desta categoria nos três níveis de atenção à saúde, bem como a análise e reflexão teórico-prática dos achados encontrados, diante dos parâmetros trazidos por portarias e literatura relevante para a área. A discussão dos resultados apresentados será guiada pelos objetivos específicos da presente pesquisa, com a finalidade de contemplar os tópicos apontados como necessários para resolução do objetivo geral proposto.

Nesta perspectiva, para compreensão da atual situação da assistência na área de reumatologia em Pernambuco (objetivo específico 1), os sistemas de informações de acesso público revelaram que, na última década, houve um aumento de aproximadamente 35% no número de médicos reumatologistas atuantes no Estado, porém, a distribuição destes profissionais permaneceu irregular entre as Regiões de Saúde, estando 73,11% concentrados na região metropolitana do Recife (I região). Conseqüentemente, a I região também foi o local de maior produção ambulatorial e maior quantidade de registros de autorizações de internação hospitalar para procedimentos em reumatologia.

Segundo a Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, analisada na presente tese, orienta-se que haja um (01) profissional reumatologista com dedicação de 40 horas/semanais para cada 100.000 habitantes. Assim, considerando os dados populacionais publicados pelo IBGE (2017), que estima a população pernambucana de 9.473.266 habitantes, esperava-se que houvesse 95 profissionais da área trabalhando no Estado. Os sistemas de informações de acesso público revelam o número total de 93 reumatologistas em 2017, aproximando-se da média considerada ideal.

Estudo desenvolvido por Albuquerque (2014) identificou uma razão de 157.809 habitantes/reumatologista no Brasil, sendo que para o Nordeste esta razão foi de 250.731 e para Pernambuco, especificamente, uma razão de 297.701. Para o autor, considerando o contingente dos profissionais que atendem ao SUS, todas as unidades federativas do Brasil encontraram-se longe dos parâmetros ideais de provimento. A distribuição destes profissionais acompanhou o Produto Interno Bruto (PIB) e o Índice de Desenvolvimento Humano da capital (IDH-M), revelando que fatores como oportunidade de renda e desenvolvimento humano podem influir na fixação geográfica destes reumatologistas.

Além das questões supracitadas, Albuquerque e Santos-Neto (2017), analisando a formação de médicos reumatologistas no Brasil, identificaram que, entre os anos 2000 e 2015, houve 1.091 novos profissionais especialistas nesta área com forte concentração na região Sudeste, acompanhando a tendência da oferta dos programas de residência médica no país. No estado de Pernambuco, desde o ano 2002, há apenas um programa de residência médica em reumatologia, que na época ofertava 2 vagas, ampliando para 3 no ano de 2015.

Esta distribuição dos profissionais reflete diretamente na assistência de média e alta complexidade que é ofertada aos usuários do SUS. E, embora a organização da atenção à saúde do estado de Pernambuco indique que a oferta de procedimentos de alta complexidade deva ocorrer em cada macrorregião de saúde (PERNAMBUCO, 2011), este contexto não foi observado para a especialidade em estudo. A tendência de concentração de profissionais e produção da alta complexidade restrita a determinadas regiões de saúde de Pernambuco também foi observada por Lemos (2014), especificamente para as macrorregiões do Recife, Caruaru e Petrolina, com exceção para Serra Talhada; fato atribuído à concentração de recursos tecnológicos e instituições formadoras de profissionais de saúde à época.

Lemos (2014) ainda relata que, assim como o ocorrido com a especialidade da Reumatologia, as demais produções ambulatoriais da média complexidade no estado de Pernambuco se concentram na macrorregião de saúde do Recife, correspondendo a 98% do total.

Apesar de não ser objeto de estudo da presente tese, cabe aqui ressaltar o acréscimo nos custos do sistema de saúde quando a oferta de procedimentos ocorre de maneira concentrada em determinados locais, em desacordo ao pressuposto da regionalização como princípio do SUS. São custos relativos ao deslocamento dos usuários de diferentes municípios e regiões de saúde e ainda os advindos do absenteísmo gerado nos serviços quando da falta do transporte sanitário (BARRETO JÚNIOR, 2015).

Como observado, os resultados da produção ambulatorial e hospitalar, bem como a distribuição dos médicos reumatologistas que atendem ao SUS em Pernambuco estão em consonância à não-incorporação desta área nos instrumentos de planejamento analisados, como o Plano Estadual de Saúde, o Plano Diretor de Regionalização, a Política Estadual de Regulação Assistencial, entre outros. E acompanham também as características observadas nos estudos de Albuquerque e Santos-Neto (2017) e Albuquerque (2014), demonstrando relação com a baixa prioridade conferida às DR pelo Estado Brasileiro, posto que também os documentos nacionais pouco fazem menção às mesmas.

Por outro lado, Portugal instituiu desde o ano de 2004 um Programa Nacional contra as Doenças Reumáticas dadas as características epidemiológicas típicas de países desenvolvidos, em que as DR se configuram como de relevância no conjunto das denominadas DCNT. Naquele país, as DR têm prevalência aproximada de 20 a 30%, são causa de 16 a 23% das consultas de clínica geral, ocupam o 2º ou 3º lugar de custos na assistência farmacêutica e são a 1ª causa de incapacidade temporária (PORTUGAL, 2004).

Como estratégias de intervenção, o Ministério da Saúde Português estabeleceu a criação e desenvolvimento de serviços e/ou unidades hospitalares de reumatologia, fornecimento de orientações técnicas para os profissionais da saúde ocupacional e medidas de autocuidado voltado para a população idosa e para crianças e adolescentes no ambiente escolar (PORTUGAL, 2004).

Por fim, é válido destacar ainda que foi observada uma dispersão das DR entre os capítulos da CID-10, o que dificulta a coleta de informações nos sistemas disponíveis. Inclusive, não existem indicadores nacionais consolidados sobre a atual situação assistencial dos pacientes reumatológicos.

Em atendimento ao objetivo específico 2, que consiste em comparar a estrutura operacional da RAS para DR no estado de Pernambuco com os parâmetros estabelecidos em portarias e preconizados por referenciais teóricos da área, foram realizadas entrevistas com atores-chave da gestão pública e análise de documentos estaduais e federais. É válido ressaltar que a estrutura operacional das RAS é composta pela população, pelos pontos de atenção à saúde de diferentes densidades tecnológicas (serviços primários, secundários e terciários) e pelos subsistemas de apoio diagnóstico e terapêutico e logístico (MENDES, 2010).

As entrevistas realizadas com os gestores públicos revelaram o desconhecimento da população portadora de doença reumatológica no Estado, sendo os usuários acometidos identificados indiretamente, seja pelo cadastro de solicitação de medicamentos específicos ou por ações de controle dos sintomas da Chicungunya ou das DCNT de uma maneira geral. O programa de acompanhamento da saúde do idoso também auxilia, indiretamente, na identificação da população.

Segundo Mendes (2010), a população conhecida, organizada socialmente em famílias que habitam distritos sanitários singulares, segmentada em subpopulações por fatores de risco de acordo com a condição de saúde coletiva e especificidades dos usuários, constitui o primeiro elemento das RAS. A atenção à saúde baseada numa população sob sua responsabilidade facilita a implementação e avaliação de estratégias de intervenção e fortalece

o provimento do cuidado para as pessoas de acordo com as suas reais necessidades (MENDES, 2010).

A atenção básica é assinalada pelos entrevistados como a porta de entrada para diagnóstico das condições reumatológicas e encaminhamento para especialistas, porém, observa-se dificuldade para acompanhamento do paciente na atenção primária em parceria com a atenção especializada. No entanto, as equipes do NASF têm fornecido apoio no desempenho deste papel de garantia da longitudinalidade do cuidado.

A Organização Pan-Americana da Saúde (2010) ratifica que a atenção básica deve ser o ponto estruturante e coordenador do cuidado individual ao desempenhar seu papel ordenador e de porta de entrada prioritária das RAS. A atenção básica, neste sentido, é trazida não apenas como nível de atenção, mas como central organizadora das redes regionalizadas, garantindo a resolutividade dos casos que estão sob sua responsabilidade e a continuidade do cuidado prestado ao paciente de maneira integral (CHUEIRI, 2014; HARZHEIM, 2011; MENDES, 2011; STARFIELD, 2002).

A literatura destaca a necessidade do fortalecimento, estruturação e capilarização da atenção básica para que ela possa atender com efetividade os problemas mais comuns da sua população e consiga realizar os encaminhamentos adequados e, de fato, necessários para os demais pontos de atenção (CHUEIRI, 2014; HARZHEIM, 2011; MENDES, 2011; STARFIELD, 2002). Ser o centro de comunicação da rede facilita o compartilhamento do cuidado do paciente crônico com os outros serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, tanto ambulatorial quanto hospitalar. Deste modo, cumpre-se o previsto na Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014, que objetiva fomentar a mudança do modelo de atenção das pessoas com doenças crônicas por meio da qualificação do cuidado em todos os níveis de atenção.

Também no ano de 2014, o Ministério da Saúde publicou o Caderno de Atenção Básica nº 35 que trata das Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica, recomendando estratificar a atenção às condições crônicas de acordo com a severidade da situação clínica e a capacidade do autocuidado (BRASILd, 2014).

A longitudinalidade do cuidado foi mencionada pelos entrevistados como um dos atributos da atenção básica de relevância diante da cronicidade das DR. O efetivo cumprimento deste atributo garantiria o acompanhamento dos usuários com sequência de tratamento adequado aos seus problemas de saúde, melhor compreensão quanto aos encaminhamentos gerados para os demais níveis de complexidade do sistema de saúde, a redução das internações hospitalares e bons indicadores de satisfação dos usuários (STARFIELD; SHI; MACINKO, 2005).

Alguns fatores influenciam o alcance da longitudinalidade do cuidado. A facilidade do acesso aos serviços básicos bem como a realização de visitas domiciliares são consideradas variáveis positivas para a garantia deste atributo. No entanto, o grande volume de trabalho gerado a estes profissionais, o longo tempo de espera demandado aos usuários, associado ao cancelamento de consultas, e a falta de recursos materiais são desfavoráveis ao cumprimento da longitudinalidade (PAULA et al, 2015).

É válido ressaltar que, embora longitudinalidade e continuidade do cuidado sejam termos empregados na prática de maneira similar, autores clássicos como Starfield (2005), Cunha e Giovanella (2011) tecem algumas diferenças: enquanto a primeira é um atributo exclusivo da atenção básica por acompanhar os problemas de saúde em diferentes episódios por um mesmo médico, a segunda se refere ao acompanhamento de um problema específico do paciente por diferentes médicos desde que bons registros de informações ocorram e permitam o compartilhamento do cuidado até em diferentes níveis de complexidade.

Falhas na comunicação entre a atenção básica e a especializada também são mencionadas como aspectos que dificultam este cuidado continuado e integrado aos problemas de saúde dos usuários. Artigo que analisa a posição da Estratégia Saúde da Família na RAS, nacionalmente, sob a perspectiva das 16.566 equipes de Saúde da Família e dos 62.505 usuários participantes do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), em 2012, indica que, apesar das equipes atuarem cada vez mais como porta de entrada preferencial e atenderem a demandas diversas, exercendo o papel de filtro para a atenção especializada, os fluxos estão pouco coordenados, a integração da atenção básica à rede ainda é incipiente e inexistente coordenação entre a atenção primária e secundária (FAUSTO et al., 2014), corroborando os nossos achados.

Pesquisa, também baseada nos dados do PMAQ-AB, dessa vez em Pernambuco, revela que houve ampliação geográfica do acesso da população à atenção básica no estado, porém é necessário aprimorar questões arquitetônicas e organizacionais para melhorar a acessibilidade de deficientes, analfabetos e idosos. As centrais de regulação são insuficientes para garantir o acesso equânime, uma vez que os recursos assistenciais concentram-se na esfera estadual sem efetiva regionalização da assistência e sem regulação compartilhada com os municípios. Foram apontados como incipientes os mecanismos de comunicação entre os profissionais da atenção básica e especializada, assim como a resolutividade da atenção básica para realização de pequenos procedimentos e coleta de exames (ALBUQUERQUE et al., 2014). Tais fragilidades dialogam com os resultados nacionais supracitados e demonstram a

dificuldade da atenção básica em cumprir o seu papel na RAS, como relatado pelos nossos entrevistados.

Como fundamentação teórica da fala dos entrevistados a respeito do papel do NASF na RAS tem-se que a equipe interdisciplinar que compõe o núcleo é responsável pelo Apoio Matricial às ESF, ou seja, oferece retaguarda assistencial e suporte técnico às equipes de referência; realiza atendimento compartilhado do paciente, a priori discutido com os profissionais da ESF responsáveis pelo caso. Porém, no atual contexto, trabalha arduamente frente ao isolamento que a atenção primária experimenta na relação com a rede de assistência (CAMPOS; CUNHA, 2011).

Ademais, em recente publicação (BOUSQUAT *et al*, 2017), é reafirmado o papel central da atenção primária à saúde na constituição das RAS. No entanto, se reconhece que ela só consegue desempenhar sua função com uma articulação virtuosa entre os três níveis de gestão e a existência de uma rede sólida de serviços assistenciais que se comuniquem harmonicamente.

Sobre os demais níveis de atenção, na presente tese, os gestores referiram que na atenção secundária as UPAEs e as universidades públicas fornecem o atendimento ambulatorial em reumatologia, havendo carência de profissionais no interior, a exemplo do município de Caruaru, cujo(a) entrevistado(a) relatou não contar com o médico especialista na rede. As UPAEs que dispõem de reumatologista estão situadas nos municípios de Afogados da Ingazeira, Belo Jardim, Garanhuns, Petrolina, Salgueiro e Serra Talhada. No setor terciário, os pacientes são encaminhados para os hospitais de referência do estado: Hospital Universitário Oswaldo Cruz e Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco; na macrorregião de Petrolina, há o encaminhamento para o Hospital Regional de Juazeiro – Bahia.

Deste modo, reafirma-se que a oferta dos serviços de saúde de referência regional ou estadual (os de média ou alta complexidade) são competências das Secretarias Estaduais de Saúde (CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007), fato que ocorre em Pernambuco, seja pela rede própria do Estado ou pelo setor privado conveniado.

Santos *et al* (2015), por sua vez, destacam que em Pernambuco houve expansão dos gastos com a média e alta complexidade em detrimento da atenção básica entre os anos de 2007 e 2012, mantendo a histórica tradição do Estado ser responsável por prover e executar diversos serviços de saúde, contrariando a lógica da descentralização característica necessária também para a atenção básica. No entanto, é válido destacar que o fortalecimento dos serviços de média e alta complexidade sem fluxo coordenado pela atenção básica pode acarretar em

“desregulação da oferta/demanda, (des)economia de escala, elevação de custo unitário por procedimento e acirramento da disputa pelos recursos disponíveis” (PINHEIRO FILHO; SARTI, 2015).

Autores clássicos sugerem que a atenção especializada deva ser ofertada preferencialmente de forma hierarquizada e regionalizada, garantindo uma boa relação custo-benefício e qualidade na atenção prestada (CHIORO; SOLLA, 2012). Como já mencionado no capítulo introdutório desta tese, a atenção básica tem capacidade para resolver cerca de 80% dos motivos que levam alguém a demandar serviços de saúde. Os problemas de saúde que não forem solucionados na atenção básica deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica, organizados de forma municipal ou regional, tais como ambulatórios especializados, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico e/ou atenção hospitalar; uma vez equacionado o problema, o paciente deve ser contrarreferenciado para a unidade primária que o acompanha. É por isso que os serviços de atenção secundária e terciária são oferecidos em unidades de abrangência regional (CHIORO; SOLLA, 2012).

As UPAs, citadas pelos entrevistados, são definidas pela lei estadual nº 14.928, de 22 de março de 2013, como “unidades ambulatoriais de alta resolutividade em diagnósticos e orientações terapêuticas para diferentes especialidades médicas, bem como para realização de procedimentos médicos de média complexidade”. Conforme definido nesta lei, as atuais unidades estão localizadas nos municípios-sede das regiões de saúde e recebem pacientes encaminhados pelo setor de regulação médica, provenientes das unidades de atenção básica ligadas às secretarias municipais de saúde (PERNAMBUCO, 2013).

Como relatado nas entrevistas, o atendimento em reumatologia é realizado em apenas seis UPAs. Contudo, ainda na lei supracitada, está definido que não há obrigatoriedade no fornecimento de serviço em todas as especialidades médicas, sendo estas decididas de acordo com as demandas reprimidas e a análise do perfil epidemiológico de cada uma das doze regiões de saúde (PERNAMBUCO, 2013).

Em relação aos hospitais apontados como de referência neste estudo são hospitais universitários, vinculados aos governos federal e estadual. Participação de hospitais universitários no atendimento ambulatorial e hospitalar, está previsto que, além das atividades de ensino, pesquisa e extensão e o desempenho da função primordial de local de ensino-aprendizagem e treinamento prático, eles devem exercer, também, o papel de centro de referência de média e alta complexidade para a rede pública de serviços de saúde (BRASILb, 2010).

Sobre o encaminhamento interestadual de pacientes hospitalares, a portaria nº 2.309, de 19 de Dezembro de 2001, institui, em seu artigo 1º, no âmbito da Secretaria de Assistência à Saúde, a Central Nacional de Regulação de Alta Complexidade, com o objetivo de coordenar a referência interestadual de pacientes que necessitem de assistência hospitalar de alta complexidade (BRASILa, 2001). A região interestadual Pernambuco-Bahia (PEBA) é formada por seis microrregiões de saúde, três de Pernambuco e três da Bahia, sendo possível identificar como municípios-polo de atendimento médico: Ouricuri, Petrolina e Salgueiro, no estado de Pernambuco, e Juazeiro, Senhor do Bonfim e Paulo Afonso, no estado da Bahia (BRASILd, 2016). Deste modo, fundamenta-se o deslocamento de pacientes da macrorregião de Petrolina para Bahia.

Em relação ao subsistema de apoio diagnóstico e terapêutico, segundo os entrevistados, o Estado apresenta dificuldades, principalmente orçamentárias, na contratação de serviços para realização de exames específicos, julgados como necessários para o diagnóstico das DR. Enquanto isso, a fisioterapia foi a única especialidade terapêutica citada.

Definida como um princípio organizativo do sistema de saúde brasileiro, a complementariedade do setor privado tem sido objeto de pouca discussão pela literatura. Constitucionalmente, quando o poder público se torna insuficiente para garantir a oferta de ações e serviços de saúde à população, recorrerá aos convênios com entidades privadas, lucrativas ou não, com preferência para as últimas. Suas características fundamentais estão na remuneração pré-estabelecida em tabela, a sujeição à regulamentação do SUS e a integração à RAS (SANTOS, 2015).

Críticas são realizadas por Correia (2015) à compra de serviços privados de saúde pelo setor público. Para o autor, “ao invés da progressiva estatização da saúde, houve um processo de progressiva privatização, com incentivo estatal para o crescimento do livre mercado”. Dados de 2009 revelam, por exemplo, que dos 1.145 tomógrafos computadorizados disponíveis para o SUS apenas 382 pertencem ao setor público, enquanto que dos 361 equipamentos de ressonância magnética disponíveis para o SUS apenas 69 pertencem ao setor público, sendo os demais pertencentes a serviços privados em ambas as situações (CHIORO; SOLLA, 2012); ressaltamos que esses exames são bastante solicitados na especialidade de Reumatologia.

Os resultados desta tese apontam que os municípios pernambucanos foram responsáveis por exames laboratoriais hematológicos, bioquímicos, parasitológicos e de patologia clínica, seja em sua rede própria ou conveniada. Alguns destes são necessários à assistência dos pacientes portadores de DR. Por outro lado, os exames de alto custo, incluindo

os de imagem como Ultrassonografia, Ressonância Magnética, Densitometria Óssea, Cintilografia e Tomografia Computadorizada estavam sob a responsabilidade da gestão Estadual de saúde, sendo difícil suprir a atual demanda de solicitações médicas, de acordo com as falas dos atores da presente pesquisa.

Chioro e Solla (2012) trazem reflexões acerca da prevalência de interesses econômicos oriundos da produção desnecessária de procedimentos e a ineficiente regulação do acesso e do cuidado, inclusive das indicações clínicas para a realização de exames. A título de exemplificação, dados do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA-SUS) mostram que em 2005, foram realizados pelo SUS, em todo Brasil, 1,13 procedimento de ressonância magnética para cada mil habitantes, havendo um aumento para 1,66 exame por mil habitantes em 2008, alcançando 2,57 em 2010; enquanto que, em Pernambuco, foram realizados pelo SUS 1,34 procedimento de ressonância magnética para cada mil habitantes em 2005, ampliando para 2,85 em 2008 e atingindo 3,87 exames por mil habitantes em 2010, superando a média nacional (BRASIL, 2018a).

Dentro das Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas RAS e nas linhas de cuidado prioritárias, o Ministério da Saúde sugere a utilização dos equipamentos de telediagnóstico para ampliar a oferta de serviços atualmente sobrecarregados ou que estejam concentrados em poucos municípios, por vezes distantes dos usuários e das equipes da atenção básica (BRASILb, 2013).

Acredita-se, também, que a ausência e/ou pouca utilização de protocolos clínicos nos serviços dificulta a identificação da real necessidade de solicitação de exames. Os protocolos clínicos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas, não só na assistência, mas também na gestão de serviços, uma vez que têm como foco a padronização de condutas profissionais em ambientes ambulatoriais e hospitalares, baseada em evidências científicas; envolvem, em sua maioria, a incorporação de novas tecnologias e enfatizam ações técnicas e medicamentosas (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Relatório desenvolvido pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em 2015, ressalta o inadequado cuidado às DCNT pelos diferentes sistemas de saúde do mundo contemporâneo e sugere um “manejo integrado” a partir de três pressupostos: a maioria das pessoas apresenta associação de mais de um fator de risco e/ou DCNT; independente da etiologia, os problemas crônicos tendem a demandar situações clínicas similares aos diferentes serviços de saúde; e a maioria das DCNT tem fatores de risco primários e secundários em comum. Uma má atenção às DCNT traz consequências como a readmissão

hospitalar, o declínio funcional da qualidade de vida dos usuários e o excessivo custo envolvido (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2015).

O fato é que são observadas, na prática, diversas barreiras para rompimento do modelo hegemônico, ainda nitidamente hospitalocêntrico e médico-centrado, e adoção de um sistema ‘redebasicocêntrico’, ou seja, centrado nas necessidades individuais e coletivas dos usuários (CHIORO; SOLLA, 2012). A fisioterapia ser mencionada como a única profissão ‘não-médica’ que atua na assistência dos pacientes reumatológicos estaduais é motivo de preocupação diante das recomendações teóricas acerca do atendimento de indivíduos portadores de DCNT, que valorizam intervenções reabilitadoras, desenvolvidas por equipes interdisciplinares, pelo envolvimento de aspectos motores, psicológicos e sociais dos sujeitos (FREITAS *et al*, 2015; MENDES, 2010).

Compor equipes multidisciplinares capazes de atuar junto aos usuários portadores das DCNT é considerado tarefa fundamental para uma atenção à saúde mais efetiva. A OPAS define a importância da “gestão da clínica” por enfermeiros, agentes comunitários de saúde e outros profissionais de maneira multidisciplinar, tendo um “coordenador de atenção”, responsável por identificar as metas de saúde de um indivíduo e coordenar serviços e profissionais para alcançá-las (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 2015).

Diante da Artrite Reumatoide, por exemplo, a Sociedade Brasileira de Reumatologia, em seu Consenso 2012, recomenda o acompanhamento multidisciplinar dos pacientes portadores da patologia diante das comorbidades de difícil controle para determinar melhor resposta clínica e aumento da qualidade de vida, com efetiva participação do médico reumatologista (PEREIRA *et al*, 2012).

Estudo desenvolvido por Nunes e David (2014) ressalta resultados mais eficientes no tratamento das doenças reumáticas quando realizado por uma equipe multidisciplinar, envolvendo adesão à terapia medicamentosa, atividade física, fisioterapia, proteção articular, educação em saúde, apoio psicossocial e autogestão do cuidado.

Jennings (2014) ressalta os benefícios da educação em saúde diante da cronicidade dos problemas reumatológicos: melhora dos sintomas, redução da limitação funcional e a fraqueza muscular com programas de exercícios físicos regulares, e redução da ansiedade e ajustes ao novo estilo de vida por meio de apoio psicológico. Acrescenta ainda a redução dos custos do sistema de saúde em virtude da redução da necessidade de medicações, da quantidade de visitas ao médico e do uso do hospital.

Em dissertação de mestrado, desenvolvida pela autora da presente tese, resultados estatisticamente significativos foram encontrados em ensaio clínico randomizado de um

programa de autocuidado físico apoiado para pacientes com Fibromialgia. As voluntárias do estudo melhoraram qualidade de vida, reduziram nível de dor e ganharam flexibilidade corporal ao participarem de encontros semanais envolvendo dicas de autocuidado postural e recebendo orientações de exercícios domiciliares de alongamento muscular (LORENA, 2014).

Nesta perspectiva, ressalta-se que o atendimento de pacientes portadores de DR deve ser realizado por uma equipe interdisciplinar, englobando aspectos biopsicossociais pela complexidade das patologias. Por fazer parte do grupo de DCNT, é imprescindível ainda a participação ativa dos sujeitos acometidos para que se sintam corresponsáveis pela sua situação de saúde, contribuam para gestão dos sintomas apresentados e possam usufruir, conseqüentemente, de uma melhor da qualidade de vida (MENDES, 2010).

Como parte integrante da estrutura operacional das RAS tem-se, também, a regulação, compreendida de forma abrangente em três vertentes de atuação: a regulação do sistema de saúde, a regulação da atenção à saúde e a regulação assistencial. Como a regulação do sistema de saúde inclui definição e avaliação do cumprimento de normas quanto a todo o complexo de serviços de saúde, esta é uma atribuição do Ministério da Saúde e de agências reguladoras, não sendo objeto de análise deste estudo. Aqui serão discutidas nuances acerca da regulação da atenção, que trata da contratação, controle e regulação da assistência; e a regulação assistencial que aborda a garantia da integralidade do cuidado em tempo oportuno às necessidades de saúde do cidadão por meio de centrais de regulação (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

A Política Nacional de Regulação em Saúde, criada em 2008, pelo Ministério da Saúde, previu a implantação de várias centrais de regulação em todo o país, em áreas definidas: consultas e exames de média e alta complexidade, urgência e emergência, internações hospitalares, transplantes, entre outras (VILARINS; SHIMIZU; GUTIERREZ, 2012).

No setor de regulação do estado de Pernambuco, foram narrados: ausência de protocolos clínicos para DR específicas, dificuldade de seguimento dos protocolos existentes, principalmente pelos profissionais da atenção básica, e uma regulação limitada a agendamentos de consultas e exames de média e alta complexidade. Em contrapartida, esses agendamentos são realizados de maneira descentralizada e informatizada pelas macrorregiões de saúde (Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina), desde que não seja necessária a autorização prévia da SES. Quando o agendamento depende da SES, respeitam-se as prioridades clínicas dos usuários.

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) é importante instrumento para a descentralização da regulação em saúde, definindo inclusive os fluxos de referência e contrarreferência de acordo com a necessidade da demanda e com a capacidade instalada dos estabelecimentos de saúde. Deste modo, pode ser estruturadas centrais de regulação de abrangência municipal, micro ou macrorregional, estadual ou nacional. Estas são consideradas fundamentais para a produção de informações sobre os problemas de saúde da população e assim colaborar com a decisão das políticas de saúde (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016).

O observado no estado de Pernambuco foi o funcionamento de centrais de regulação municipais nas cidades do Recife, Caruaru, Serra Talhada e Petrolina para o agendamento de consultas na média complexidade (com médicos reumatologistas) e acesso aos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (laboratórios de análises clínicas e fisioterapia). Por sua vez, o acesso aos exames de alto custo é regulado pelas centrais de regulação regionais e estadual, sob administração da SES.

Há conformidade entre os achados desta tese e a Política Estadual de Regulação Assistencial de Pernambuco, pois esta recomenda em seu modelo o funcionamento de quatro Centrais Macrorregionais (sob gestão estadual) e doze Centrais Regionais (sob gestão municipal). É atribuição da gestão municipal regular procedimentos ambulatoriais de média complexidade como consultas especializadas, ultrassonografias, raios-X, exames laboratoriais simples; por sua vez, exames como tomografia computadorizada, ressonância magnética, densitometria óssea são regulados pela regional de saúde (PERNAMBUCO, 2012).

Albuquerque (2013) contempla nossos resultados, constatando também uma concentração de recursos assistenciais na esfera estadual sem o alcance da regionalização e sem o compartilhamento da regulação com os municípios. Outro estudo, também desenvolvido no estado de Pernambuco a partir dos dados do PMAQ-AB 2012, identificou que, embora 85% dos profissionais entrevistados relatem a existência de centrais de regulação à disposição para o agendamento de consultas na média e alta complexidade, menos da metade (48,5%) afirmou conseguir fazê-lo; carecem informações sobre a efetiva realização das consultas e o tempo de espera envolvido (ALBUQUERQUE *et al*, 2014).

Segundo relato dos entrevistados, o sistema de informações utilizado para o gerenciamento do complexo regulatório é o SISREG. Criado pelo Ministério da Saúde, ele permite maior controle do fluxo e otimização na utilização dos recursos hospitalares e ambulatoriais especializados tanto nos serviços públicos quanto nos conveniados da rede privada (PINTO *et al*, 2017).

Experiências exitosas também foram compartilhadas pelos sujeitos entrevistados, a exemplo: utilização do Telessaúde para controle da dor crônica proveniente da Chicungunya no município de Recife; implantação, em Caruaru, de um instrumento normativo denominado NOA (Norma Operacional de Acesso Equitativo e Integral), que foi designado como um protocolo assistencial para facilitar a operacionalização de consultas e exames especializados, e do VICOM-SUS, sistema on-line que permite ao usuário acessar o site da secretaria de saúde e imprimir seu agendamento ou acompanhar autorização de consulta ou exame.

Baduy *et al.* (2011), em estudo de caso na cidade de Londrina (Paraná), evidenciaram o conceito de “gestão da clínica e do cuidado” para o alcance da integralidade da atenção à saúde, sobretudo diante das DCNT. Foram citadas como estratégias para a mudança do processo de trabalho: a criação de espaços dialógicos entre profissionais da atenção básica e da atenção especializada para discussão de casos clínicos e de protocolos assistenciais na perspectiva da educação permanente. Na presente pesquisa, não foi relatada a tomada de atitudes nessa perspectiva para melhorar as fragilidades apontadas na assistência reumatológica.

Segundo Gomes e Lima (2017), o conceito de gestão da clínica foi apresentado no Brasil, em 2001, por Mendes, a partir das experiências internacionais de governança clínica do Reino Unido e de atenção gerenciada dos Estados Unidos. Os autores a definem como a gestão da condição de saúde que envolve auditoria clínica e de listas de espera para assegurar uma atenção à saúde de qualidade.

Por sua vez, a iniciativa da cidade do Recife em utilizar o Telessaúde como recurso para educação permanente e apoio aos profissionais da atenção primária segue a recomendação do Ministério da Saúde, que o considera com potencial de integração dos pontos de atenção. Esta ferramenta tecnológica pode ser utilizada como apoio matricial da atenção especializada para a básica na discussão de casos clínicos, atendimento conjunto, entre outros (BRASIL, 2013b).

A assistência farmacêutica no Brasil, também parte integrante da RAS, é regida pela Política Nacional de Medicamentos, instituída a partir da portaria federal nº 3.916 de 30 de outubro de 1998. A Política em questão tem o dever desafiador de assegurar à população o acesso aos medicamentos, resguardando os princípios de equidade e justiça social e garantindo a disponibilidade de produtos seguros, eficazes e de qualidade, além de promover o uso racional entre os profissionais de saúde e usuários (BRASIL, 2001b).

Como marco legal que também descreve como a assistência farmacêutica foi incorporada ao SUS, em 2004, o Conselho Nacional de Saúde publicou o documento da

Política Nacional de Assistência Farmacêutica, reforçando a ideia de que este componente é parte do cuidado à saúde individual e/ou coletiva, tendo no medicamento o insumo essencial. É ressaltada a questão de que é dever do SUS a garantia de acesso ao uso racional de medicamentos (BRASIL, 2004).

A Rename, também instituída a partir da portaria supracitada, configura-se como a relação nacional de medicamentos disponibilizados por meio de políticas públicas, pactuadas entre as três esferas de governo, e indicados para tratamentos eficazes das doenças e agravos apontados como epidemiologicamente relevantes para população brasileira. É atualizada bianualmente, levando em consideração a eficácia, segurança e custo-efetividade dos fármacos, além de evidências científicas atualizadas. Apresenta relações de componentes básicos, estratégicos, especializados, insumos e medicamentos de uso hospitalar (BRASIL, 2017).

O componente básico da assistência farmacêutica é de responsabilidade dos três entes federados, sendo o repasse financeiro regulamentado pela portaria federal nº 1.555 de 30 de julho de 2013, que dispõe sobre as regras de financiamento e execução da assistência farmacêutica no âmbito do SUS; o repasse mínimo é de R\$ 5,10/habitante/ano, e as contrapartidas estadual e municipal de, no mínimo, R\$ 2,36/habitante/ano cada (BRASIL, 2013a). Em Pernambuco, segundo relato dos entrevistados, fármacos básicos para tratamento na área de reumatologia, como corticoides, analgésicos, codeína e penicilina, são fornecidos para os usuários diretamente na atenção básica.

Já o componente especializado da assistência farmacêutica é registrado na Rename como uma das estratégias para garantir a integralidade do tratamento com custos mais elevados ou de maior complexidade, em nível ambulatorial, principalmente para doentes crônicos (BRASIL, 2017a). A Portaria federal nº 1.554 de 30 de julho de 2013, já citada, define que tais medicamentos podem ser adquiridos de três maneiras: 1- aquisição centralizada pelo Ministério da Saúde e posterior fornecimento às SES e do Distrito Federal; 2- aquisição diretamente pelas SES e do Distrito Federal, seja com recursos próprios ou repassados pelo governo federal; 3- responsabilidade exclusiva dos estados, Distrito Federal e municípios. (BRASIL, 2013a).

Em Pernambuco, a assistência farmacêutica especializada para área de reumatologia é fornecida pela farmácia da SES. Foram relatadas algumas dificuldades de acesso a medicamentos para os pacientes que residem longe de suas respectivas GERES; nestes casos, a farmácia itinerante leva os medicamentos até os usuários.

Iniciativa do Ministério da Saúde, em 2009, instituiu o Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (Sistema Hórus) com o objetivo de qualificar a gestão e os serviços de assistência farmacêutica no âmbito do SUS nas áreas de planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação. Apesar dos avanços de sua cobertura no território nacional, sobretudo no Nordeste, em estados como Paraíba, Ceará e Alagoas (COSTA; NASCIMENTO JÚNIOR, 2012), não se constatou a sua importância nos relatos dos entrevistados do nosso estudo, apesar de apenas 27 municípios pernambucanos não terem implantado este sistema (BRASIL, 2018b).

Para Costa e Nascimento Júnior (2012) fatores como recursos humanos em quantidade insuficiente e pouco qualificados na assistência farmacêutica; farmácias e Centrais de Abastecimento Farmacêutico sem equipamentos de informática ou em número insuficientes e dificuldades de conexão com a internet foram apontados para explicar a baixa adesão em outras localidades.

No tocante à temática, é válido refletir questões trazidas por Araújo *et al.* (2008) e Vieira (2010) em publicações a respeito da assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil, apesar de tais pontos não terem sido abordados pelos entrevistados da presente tese. A primeira pesquisa enfatiza o vínculo do serviço farmacêutico nacional com o modelo curativo, centrado na consulta médica e no atendimento da demanda medicamentosa, havendo pouca atividade de orientação sobre o uso racional de medicamentos (ARAÚJO *et al.*, 2008); enquanto que o segundo estudo sugere a reestruturação do modelo de financiamento da assistência farmacêutica, principalmente no nível ambulatorial, para que haja uma definição mais clara sobre a responsabilidade de cada ente da gestão e consequente minimização da lacuna observada na oferta de medicamentos para média complexidade em saúde (VIEIRA, 2010).

Gouveia *et al.* (2011), por exemplo, revelam que a disponibilidade de medicamentos é um dos fatores que geram os menores percentuais de satisfação dos usuários no estado de Pernambuco. Ainda exemplificando os pontos supracitados, pesquisa desenvolvida em Petrolina mostra a falta de apoio estrutural para o trabalho da assistência farmacêutica na atenção básica e a incipiente capacitação dos profissionais envolvidos no ciclo de medicamentos nas unidades e almoxarifado (SILVA JÚNIOR; NUNES, 2012).

Em estudo que traçou o perfil de pacientes com artrite reumatoide em uso de inibidores do Fator de Necrose Tumoral alfa (TNF- α), cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de Pernambuco, Zanghelini *et al.* (2014) identificaram no ano de 2012 um total de 1.653 pacientes cadastrados com a doença dos quais

525 utilizaram o inibidor. Destes, 74,29% residiam na 1ª Região de Saúde, que abriga a Região Metropolitana do Recife. Os autores associaram estes resultados ao baixo número de reumatologistas nos serviços de saúde das demais regiões de saúde do estado de Pernambuco, corroborando nossos achados.

O componente da RAS referente ao transporte sanitário foi o item menos citado pelos gestores entrevistados. Quando questionados sobre qual o tipo de transporte oferecido aos usuários, destaca-se na cidade do Recife e Petrolina a visão de “assistência social” e em Serra Talhada o chamado TFD. A ausência de transporte sanitário adequado foi apontada como uma das causas de absenteísmo às consultas agendadas.

Definido como soluções logísticas das RAS, o transporte sanitário tem como objetivo estruturar os fluxos e contrafluxos de pessoas e produtos na garantia do acesso aos pontos de atenção à saúde. Há diferentes subsistemas de transportes: o de pessoas, o de material biológico e de resíduos dos serviços de saúde (MENDES, 2011).

Resolução do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) em 2017 dispôs sobre as diretrizes para o Transporte Sanitário Eletivo tendo como público-alvo os usuários que necessitam de deslocamento programado para procedimentos eletivos regulados, sem urgência, tanto em seu município de residência quanto em outro integrante da região de saúde de referência. Estabeleceu como critérios de inclusão os pacientes sem risco de vida com necessidades de recursos assistenciais durante o percurso ou em decúbito horizontal (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2017).

Ainda de acordo com esta resolução, a base territorial em que o transporte funcionará deve ser a própria região de saúde, onde se definirão as rotas individuais e compartilhadas entre municípios de menor porte populacional a partir dos fluxos, da localização geográfica e do quantitativo de procedimentos regulados (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2017).

Tais recomendações apenas se tornaram realidade a partir da publicação da Portaria 2.563 de 23 de outubro de 2017 que trata do Transporte Sanitário Eletivo (BRASILb, 2017). Além de ser publicada de forma tardia, quando comparada à Portaria 4.279 de 2010 que tratou das RAS, ressalte-se o seu caráter exclusivamente relacionado ao aspecto do financiamento, sem menção às dimensões técnicas de elaboração dos projetos que previssem a adoção deste subsistema logístico.

Experiência exitosa tem sido observada no estado de Minas Gerais, a partir da estruturação do denominado Sistema Estadual de Transporte em Saúde em 2005. É organizado de forma bipartite, sendo os municípios responsáveis pelo custeio por meio de

consórcios e a Secretaria Estadual de Saúde com recursos de investimentos para aquisição de veículos, desenvolvimento de softwares e equipamentos de informática. Há relação direta entre o software que agenda o veículo e as centrais de regulação, fazendo com que haja diminuição do absenteísmo dos usuários aos procedimentos eletivos (MARQUES; LIMA, 2012).

Também se identificou iniciativa do município de Curitiba, Paraná, para a organização de Transporte Sanitário, sendo que exclusivo aos pacientes em Terapia Renal Substitutiva e em tratamento de Radioterapia/Quimioterapia (CURITIBA, 2015).

Embora citado como transporte sanitário por alguns entrevistados, o TFD, regulamentado através da Portaria nº 55 de 24 de fevereiro de 1999, na verdade prevê pagamento referente a despesas de transporte e diárias aos usuários e acompanhantes, em casos necessários (BRASIL, 1999).

Outras experiências com Transporte Eletivo de Pacientes foram custeadas com recursos do Banco Mundial através do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade das Redes de Atenção à Saúde (QualiSUS-REDE) em regiões específicas dos estados do Piauí e do Ceará. A Região Metropolitana do Recife, embora contemplada com recursos do projeto, e tendo priorizado o investimento em transporte sanitário, não executou em tempo hábil e portanto não dispõe deste serviço (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2016).

Ainda em Pernambuco, a Política Estadual de Regulação Assistencial insere o transporte sanitário no conjunto das ações regulatórias macrorregionais no âmbito estadual e interestadual (PERNAMBUCO, 2012), embora não seja apresentada uma normativa específica para a temática.

Casanova *et al.* (2017) ressaltam que o próprio Ministério da Saúde não concebeu um modelo de projeto executivo para transporte sanitário, dificultando a capilaridade de experiências na diversidade do território nacional.

Outro item contemplado no subsistema logístico da estrutura operacional das RAS é o prontuário eletrônico. Os resultados identificados nesta pesquisa indicam que o estado de Pernambuco não avançou na adoção desta ferramenta como potencial de integração dos pontos de atenção à saúde na perspectiva da constituição de redes. Esta constatação pode estar associada aos altos custos envolvidos para a implantação e a necessidade de treinamento dos profissionais (GONÇALVES *et al.*, 2013).

Dentre as vantagens da adoção do Prontuário Eletrônico do Paciente estão: acesso rápido ao histórico, compartilhamento das informações por diversos profissionais da saúde, eliminação da duplicidade de dados e pedidos de exames, integração com outros sistemas de

informações, redução de custos. São citadas como desvantagens os problemas de ordem técnica, a resistência dos profissionais quanto ao seu uso, a confiabilidade das informações e a necessidade de grandes investimentos em hardwares, softwares e treinamentos (CANÊO; RONDINA, 2014).

Ao serem questionados quanto ao uso do prontuário eletrônico, alguns dos entrevistados nesta pesquisa mencionaram o e-SUS como ferramenta adotada. Lançado em 2013 pelo Ministério da Saúde do Brasil, o software possui duas versões: o Prontuário Eletrônico do Cidadão e a Coleta de Dados Simplificada. O Prontuário permite que o profissional da atenção básica insira as informações de atendimento no momento da consulta, do procedimento ou da visita domiciliar (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

Diante das dificuldades de implantação do e-SUS em unidades básicas de saúde por não possuírem estrutura adequada ou mesmo pela escassez de recursos financeiros municipais, o Governo Federal lançou o Programa de Informatização das Unidades Básicas de Saúde através da Portaria 2.920 de 31 de outubro de 2017 (BRASIL, 2017c).

Por fim, destaca-se a vigilância em saúde como instrumento de importância na constituição das RAS. Esta é compreendida de forma abrangente como o conjunto de ações que proporciona o conhecimento dos determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar a adoção de medidas de controle das doenças ou agravos à saúde; Sua visão ampliada permite transformar o modelo de atenção à saúde capaz de intervir na situação de vida das pessoas (ARREAZA; MORAES, 2010).

As mudanças epidemiológicas no contexto brasileiro trouxeram à tona um novo cenário em que se ressaltam as DCNT, surgindo novas demandas aos serviços do sistema de saúde. Para seu enfrentamento, o Ministério da Saúde do Brasil instituiu a partir do ano 2000 um conjunto de ações para a estruturação e operacionalização de um Sistema Nacional de Vigilância específico para as DCNT com indicadores de morbidade (proporção de internações por DCNT) quanto nos de mortalidade (taxas de mortalidade por causas específicas) (BRASIL, 2005), embora sem contemplar as DR, foco deste estudo.

Para o enfrentamento das DCNT são traçadas estratégias que articulam a vigilância com a promoção da saúde com foco na alimentação saudável, atividade física, prevenção de violências e do tabagismo (BRASIL, 2005). Os achados desta pesquisa evidenciam que as ações de promoção da saúde são incorporadas na prática das equipes dos NASF voltadas para a população idosa ou grupos prioritários.

Outras iniciativas foram elencadas no Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT no Brasil para o período 2011-2022, organizado em três eixos:

vigilância, informação, avaliação e monitoramento; promoção da saúde; e cuidado integral. Seu foco é voltado para a intervenção em fatores de risco como tabagismo, uso do álcool, inatividade física e alimentação inadequada, na perspectiva de reduzir obesidade e favorecer o envelhecimento saudável. Doenças e Agravos destacados neste Plano são as neoplasias (de mama, útero, próstata), os acidentes de trânsito, as que comprometem os aparelhos circulatórios e respiratório, além dos diversos tipos de violência (BRASIL, 2011).

Neste Plano também não estão incluídas as DR, fato que ajuda a explicar a baixa incorporação das mesmas nos relatos dos entrevistados e nos Planos Estaduais de Saúde do estado de Pernambuco analisados para a produção desta Tese.

Em contraposição, dados da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 demonstram que 45,1% dos brasileiros entrevistados afirmaram ter pelo menos uma DCNT, sendo a hipertensão arterial com maior prevalência (21,4%), seguida por problema crônico de coluna (18,5%), depressão (7,6%), artrite (6,4%) e diabetes (6,2%) (MALTA *et al*, 2015). A mesma pesquisa traz a distribuição percentual das pessoas que deixaram de realizar atividades habituais por motivo de saúde, no período de referência das duas últimas semanas, e as categorias “dor nas costas, problema no pescoço ou na nuca” e “dor nos braços ou nas mãos, artrite ou reumatismo e DORT” ocupam o terceiro lugar (10,5%) e o quinto lugar (5,5%), respectivamente (IBGE, 2013). Aqui se constata a importância das DR na percepção dos usuários como fator que compromete sua qualidade de vida, embora não sejam prioridade das políticas desenvolvidas e não existam indicadores específicos.

Os objetivos específicos 3 e 4 da presente tese contemplaram questões referentes ao HC/UFPE, hospital de referência para o atendimento de pacientes com DR no Estado de Pernambuco. Por se tratar de um hospital universitário, o estabelecimento conta com profissionais formados e em formação, pesquisas clínicas em andamento e disponibilidade de atendimento por subespecialidades, sendo elas: Artrite Psoriásica, Artrites Iniciais, Artrite Reumatoide, Chikungunya, Esclerose Sistêmica, Espondiloartrites, Fibromialgia, Gota, Lúpus Eritematoso Sistêmico, Miopatias inflamatórias, Osteoartrite de mãos, Osteoartrite, Osteoporose, Psoríase, Reumatopediatria, Síndrome de anticorpos antifosfolípidos, Síndrome de Sjogren e Vasculites. De fato, é um diferencial na assistência dos pacientes reumatológicos da rede estadual, como relatado pelos entrevistados.

No entanto, críticas precisam ser tecidas no que diz respeito ao papel social do HC/UFPE enquanto hospital universitário. Segundo Machado e Kuchenbecker (2007), o hospital universitário deve ser visto como uma instituição vocacionada primordialmente à formação de profissionais de saúde e não apenas à prestação de serviço.

A partir dos dados apresentados sobre o fluxo assistencial do HC/UFPE em reumatologia no ano de 2016, vê-se que o número de pacientes atendidos é elevado, abrindo precedentes para reflexões acerca da superlotação do serviço comprometer parcialmente a formação acadêmica dos profissionais e graduandos envolvidos.

Observou-se, também, que a maior parte da demanda ainda é oriunda do Grande Recife e Região Metropolitana, questionando-se, diante disso, a existência de lacunas assistenciais no interior e a provável dificuldade de acesso dos usuários interioranos ao atendimento especializado e a terapêutica mais específica para seus casos. Ainda nesta temática, Spedo, Pinto e Tanaka (2010) elucidam que as barreiras de acesso aos serviços de média e alta densidade tecnológica comprometem a efetivação do princípio da integralidade do sistema de saúde.

Por se constituir como um dos poucos serviços de referência em Reumatologia no estado de Pernambuco e estar localizado na capital, há alta procura dos usuários por atendimento. Este é um exemplo típico da desarticulada relação entre demanda e oferta que ocorre nos serviços de saúde do SUS, onde se observa oferta de serviços sem necessariamente haver relação com as características epidemiológicas e necessidades da população (SOLLA; CHIORO, 2014). Almeida *et al.* (2016) ratificam, ainda, que é histórica a concentração de equipamentos de saúde na capital com “pulverização de hospitais de pequeno porte, com baixa resolubilidade e ocupação, no interior”, corroborando com os nossos achados.

Em contrapartida, é válido ressaltar iniciativas bem sucedidas do HC/UFPE, como a informatização na marcação de consultas, devido à satisfatória comunicação estabelecida com a SES, a existência de um protocolo de acesso ao serviço de reumatologia e a resolutividade dos pacientes ingressos no hospital, por meio da garantia de realização de exames, fornecimento de medicamentos básicos e internação caso seja necessária. A alta responsável também precisa ser destacada, pois a dificuldade de comunicação entre a atenção básica e a especializada foi uma queixa frequente relatada pelos entrevistados da gestão pública.

Revisão integrativa, conduzida por Ignácio (2017), acerca da alta responsável como um dispositivo de gestão da clínica, apontou que a organização da alta hospitalar com garantia da continuidade de cuidados na rede básica se depara com problemas como a falta de suporte das equipes multiprofissionais da atenção básica aos usuários egressos do ambiente hospitalar e às suas famílias ou cuidadores. Fato que a autora atribuiu ao baixo financiamento destinado aos serviços básicos e de atenção domiciliar e à falta de capacitação dos profissionais para lidarem com estas situações clínicas.

Diante da natureza crônica das DR, o pressuposto de integração vertical da RAS merece ser destacado, pois uma fraca integração de cuidados primários, secundários e terciários pode resultar em ineficiência e falta de qualidade, causando perturbações desnecessárias aos usuários (SANTANA; COSTA, 2008). Na concepção de Tsiachristas (2015), o cuidado integrado é o conceito mais promissor para enfrentar a crescente ameaça de doenças crônicas ao redesenhar os cuidados e mudar o estilo de vida do paciente e o comportamento dos prestadores de cuidados.

A adoção de um prontuário eletrônico único, apontada pelos entrevistados como fragilidade do HC/UFPE pela sua inexistência, acarretaria vantagens no acompanhamento do cuidado prestado ao paciente, como: acesso mais rápido ao histórico de saúde dos usuários; uso simultâneo das informações registradas por diversos serviços e profissionais de saúde; eliminação da redundância de dados e de pedidos de exames complementares e integração com outros sistemas de informação (PATRÍCIO et al., 2011).

No mais, ainda persistem, no âmbito do HC/UFPE, problemas idiopáticos como o absenteísmo às consultas ambulatoriais agendadas e a dificuldade para seguir as recomendações dos protocolos de acesso ao serviço de reumatologia. Por enquanto, na tentativa de amenizar tais problemas, a comunicação com a SES a respeito das vagas disponíveis tem sido feita numa frequência maior (leia-se, mensalmente) e um ambulatório de triagem foi inserido no serviço para contra-referenciar os pacientes ou encaminhá-los para atendimento nas subespecialidades.

Bittar *et al.* (2016), estudando o absenteísmo dos usuários em estabelecimentos da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo no período de 2011 a 2015, identificaram que a falta de transporte, o esquecimento da consulta e a falta de recursos financeiros se constituíram como principais causas para o não comparecimento dos usuários nas datas agendadas em suas consultas. Estes mesmos autores sugerem que as causas do absenteísmo em atendimento ambulatorial devem ser estudadas individualmente em cada especialidade, uma vez que podem existir fatores específicos como gravidade da doença, disponibilidade de profissionais e equipamentos, entre outros, que podem alterar resultados.

Outro estudo, desenvolvido em João Pessoa (PB), destaca, por ator (usuário e gestão), os prováveis problemas gerados pelo absenteísmo às consultas especializadas. Para o usuário, há o adiamento das suas necessidades de cuidado pelo aumento do tempo de espera para marcar a consulta, além de maior insatisfação com o serviço. Para a gestão, observa-se um desequilíbrio na oferta de serviços acompanhado de crescimento progressivo da demanda reprimida, uma vez que o mesmo usuário volta a demandar atendimento especializado;

aumento dos custos assistenciais, visto que o adiamento pode provocar piora do quadro clínico referido pelo usuário; desperdício dos serviços, desde o trabalho do marcador à visita do agente comunitário de saúde para entrega do agendamento ou ao tempo desperdiçado de consulta com o especialista; além da perda de oportunidade de inclusão de outro paciente no serviço (CAVALCANTI *et al.*, 2013).

No que diz respeito ao uso de protocolos clínicos têm-se que são documentos específicos desenvolvidos, sistematicamente, baseados em evidências científicas, com o objetivo de prestar atenção à saúde frente a uma determinada patologia. Têm as importantes funções: gerencial para os serviços de saúde, educacional para os profissionais envolvidos na assistência e comunicacional entre gestores, profissionais e usuários (DAMÁZIO; GONÇALVES, 2013). Por isso, a preocupação em apontar o não cumprimento dos protocolos de acesso como um problema a ser solucionado no serviço de reumatologia do HC/UFPE.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos resultados encontrados, tem-se que o Estado de Pernambuco ainda não apresenta uma RAS operacionalmente voltada para DR, embora disponha de vários componentes estruturais indispensáveis para o seu funcionamento. A atenção aos pacientes ainda é pautada exclusivamente nos atendimentos realizados pelos médicos especialistas, que se concentram na região metropolitana do Recife com os serviços de média e alta complexidade, havendo pouca ênfase para o trabalho de uma equipe profissional interdisciplinar, descrito na literatura como necessário para assistência de pacientes com DR.

Falhas de comunicação entre os níveis de atenção à saúde e dificuldades na atuação da atenção básica como coordenadora da assistência foram as principais fragilidades destacadas pelos entrevistados por comprometer a longitudinalidade do cuidado exigida entre os portadores de DCNT. Como potencialidade, a assistência farmacêutica é realizada de maneira descentralizada, havendo a tentativa de garantia dos medicamentos necessários para o tratamento dos pacientes.

O sistema de regulação pernambucano, por sua vez, é unicamente voltado para atender à demanda de agendamento de consultas, exames e procedimentos. Apresenta pouco envolvimento na capacitação de profissionais para cumprimento de protocolos clínicos, articulação precária com o setor de transporte sanitário e passividade na investigação e resolução dos altos índices de absenteísmo relatados, atitudes estas que afetam diretamente o adequado funcionamento da assistência.

Embora sem ênfase nos discursos dos entrevistados, é válido ressaltar a falta de indicadores para conhecimento da população acometida e a ausência de políticas públicas que visem o controle das DR, enquadrando-as como significativas dentro do grupo de DCNT, diante da mudança do perfil epidemiológico da população brasileira e aumento da expectativa de vida nacional.

A atenção à saúde do paciente reumatológico centrada no profissional médico e valorizada do ponto de vista farmacêutico também é preocupante, pois é reflexo do arcaico modelo de saúde aplicado nos dias atuais. Demonstra uma assistência à saúde limitada para as reais necessidades destes usuários, portadores de condições crônicas, e pouco envolvida com a promoção da saúde, mudança de estilo de vida e prevenção de incapacidades funcionais.

O hospital universitário analisado, no entanto, parece cumprir sua missão institucional e funcionalidade, dando resolutividade para os casos aos quais se torna

responsável e preenchendo, muitas vezes, as lacunas assistenciais da média complexidade do SUS.

Acredita-se que há a necessidade de um olhar mais específico para a área de reumatologia, por meio da construção de uma linha de cuidado que priorize a atenção à saúde integral e interdisciplinar nos três níveis de assistência, a partir da atenção básica, com coordenação das secretarias municipais e estadual. Isso indica a necessidade de um sistema eficiente de referência e contra-referência de pacientes, que contemple o princípio da regionalização no planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde voltados para reumatologia.

Sugere-se que as DR sejam consideradas no planejamento estadual e materializadas no plano estadual de saúde, dada a importância deste instrumento na gestão do sistema de saúde em termos de: diretrizes para intervenções, monitoramento por meio da definição de indicadores/metas e o consequente financiamento necessário para execução dessas propostas.

A realização de pesquisas que aprofundem a análise individual de cada um dos componentes da RAS para pacientes com DR no Estado de Pernambuco pode ampliar o conhecimento sobre a atual situação e nortear a implantação de novas políticas públicas, além de contribuir para o compartilhamento de experiências nacionais a respeito das RAS.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, C. P. Inequalidade na distribuição de reumatologistas no Brasil: correlação com local de residência médica, Produto Interno Bruto e Índice de Desenvolvimento Humano. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 54, n. 3, p. 166-171, 2014.

ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, p. 182-194, 2014. Número especial.

ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Regulação Assistencial no Recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n.1, p. 223-236, 2013.

ALBUQUERQUE, C. P.; SANTOS-NETO, L. L. Evolução da formação de reumatologistas no Brasil: a opção pela residência médica. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 57, n. 6, p. 507-513, 2017.

ALMEIDA, P. F. *et al.* Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 320-335, 2016.

ARAÚJO, A. L. A. *et al.* Perfil da assistência farmacêutica na atenção primária do Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13 sup, p. 611-617, 2008.

ARREAZA, A. L. V.; MORAES, J. C. Vigilância da saúde: fundamentos, interfaces e tendências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 2215-2228, 2010.

BADUY, R. S. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, 2011.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B. NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p. 49-54, 2016.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARRETO JÚNIOR, I. F. Regionalização do atendimento hospitalar público na Região Metropolitana da Grande Vitória, ES. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 461-471, 2015.

BERNABEI, R. *et al.* Randomized trial of impact of integrated care and case management of older people living in the community. **British Medical Journal**, London, v. 316, n. 7141, p. 1348-1351, 1998.

BITTAR, O. J. N. et al. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. **Boletim Epidemiológico Paulista**, São Paulo, v. 13, n. 152, p. 19-32, 2016.

BORBA, E. F. et al. Consensus of systemic lupus erythematosus. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 48, n. 4, p. 196-207, 2008.

BOUSQUAT, A. *et al.* Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1141-1154, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A vigilância, o controle a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis: DCNT no contexto do Sistema Único de Saúde brasileiro**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do sistema único de saúde – parâmetros SUS**. Brasília, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Decreto nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010**. Brasília, 2010b. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/decreto/d7082.htm >. Acesso em: 4 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral**. Brasília, 2014c. 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatísticas vitais**. Brasília, 2016b. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popuf.def> >. Acesso em: 5 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica**. Brasília, 2014d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Mapeamento e Diagnóstico da gestão de equipamentos médico-assistenciais nas regiões de atenção à saúde do projeto QualiSUS-Rede**. Brasília, 2016d. 172p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parâmetros para o planejamento e programação da atenção especializada (seção f)**. Brasília, 2014a. Disponível em: <http://imgsgc.tmmunicipal.org.br/files/201403271832_Atencao-Especializada-Secao-F.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de medicamentos**. Brasília, 2001b. 40p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.555 de 30 de julho de 2013**. Brasília, 2013a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1555_30_07_2013.html>. Acesso em: 28 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.631, de 1º de outubro de 2015**. Brasília, 2015b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1631_01_10_2015.html>. Acesso em: 10 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.309, de 19 de Dezembro de 2001**. Brasília, 2001a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt2309_19_12_2001.html>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Brasília, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.563 de 3 de outubro de 2017**. Brasília, 2017b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2563_04_10_2017.html>. Acesso em: 14 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.920 de 31 de outubro de 2017**. Brasília, 2017c. Disponível em: < <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16882-portaria-no-2-920-de-31-de-outubro-de-2017>>. Acesso em: 5 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.916 de 30 de Outubro de 1998**. Brasília, 1998. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3916_30_10_1998.html>. Acesso em: 3 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília, 2010a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 2 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014**. Brasília, 2014b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 15 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 55 de 24 de fevereiro de 1999**. Brasília, 1999. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0055_24_02_1999.html>. Acesso em: 22 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria SCTIE nº 66, de 6 de novembro de 2006**. Brasília, 2006a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2006/prt0066_01_11_2006_comp.html>. Acesso em: 4 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada – Reumatologia e Ortopedia (versão preliminar)**. Brasília, 2016c. 46p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2017**. Brasília, 2017a. 210p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações ambulatoriais do SUS (SIA/SUS)**. Brasília, 2018a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 20 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informações de mortalidade**. Brasília, 2016a. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/defptohtm.exe?sim/cnv/obt10uf.def>>. Acesso em: 5 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Nacional de Gestão da Assistência Farmacêutica (HÓRUS)**. Brasília, 2018b. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/assistencia-farmacutica/sistema-horus/horus-pelo-brasil>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011.

CAMPOS, G. W. S.; CUNHA, G. T. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

CANÊO, P. K.; RONDINA, J. M. Prontuário eletrônico do paciente: conhecendo as experiências de sua implantação. **Journal of health informatics**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 67-76, 2014.

CARVALHO, E. M. F. **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: UFPE, 2006. 358p.

CASANOVA, A. O. *et al.* A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, 2017.

CAVALCANTI, R. P. *et al.* Absenteísmo de consultas especializadas no sistema de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa – PB, Brasil. **Revista eletrônica Tempus – Acta de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 63-84, 2013. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1344>> Acesso em: 10 jan. 2018.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. P. 113-126.

CECIN, H.A.; XIMENES, A.C. **Tratado Brasileiro de Reumatologia**. São Paulo: Atheneu, 1015. 1154p.

CHIORO, A.; SOLLA, J. Atenção ambulatorial especializada. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2012.

CHUEIRI, P. S. *et al.* Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 114-124, 2014.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). **Resolução nº 338, de 6 de maio de 2004**. Brasília, 2004.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. (BRASIL). **Tese do CONASEMS – 2010/2011**. Disponível em: <http://www.conasems.org.br/files/teses_2010_2011_final.pdf> Acesso em: 14 jul. 2015.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. (BRASIL). **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**. Brasília, 2007.

CONSELHO NACIONAL DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE. (BRASIL). **Resolução nº 13, de 23 de fevereiro de 2017**. Brasília, 2017.

CONILL, E.; PIRES D. **Itinerários Terapêuticos**: relação público-privado e arranjos técnicos assistenciais na utilização de serviços de saúde: um estudo de itinerários terapêuticos na região sul. Rede de centros colaboradores em saúde suplementar núcleo sul, ago. 2007.

CORREIA, M. V. C. Entre a Reforma Sanitária e o SUS: os interesses do capital na saúde. In: CORREIA, M. V. C.; SANTOS, V. M. dos. **Reforma Sanitária e contrarreforma da saúde: interesses do capital em curso**. Maceió: EDUFAL, 2015.

COSTA, K. S.; NASCIMENTO JÚNIOR, J. M. HÓRUS: Inovação tecnológica na Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 46, sup. 1, p. 91-99, 2012.

CUNHA, E. M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Instrução Normativa nº 03 de 2015**. Estabelece os luxos e critérios do transporte Sanitário Eletivo de Usuários do Sistema Único de Saúde – SUS do Município de Curitiba. Curitiba, 2015.

DAMÁZIO, L. F.; GONÇALVES, C. A. **Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde: caminhos e perspectivas**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2013. 220p.

D'CRUZ, D. P.; KHAMASHTA, M. A.; HUGHES, G. R. Systemic lupus erythematosus. **Lancet**, London, v. 369, n. 9561, p. 587-596, 2007.

FALSARELLA, G. R. **Prevalência e fatores associados às doenças reumáticas e aos sintomas articulares crônicos em idosos**. 2010. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

FAUSTO, M. C. R. *et al.* A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. especial, p. 13-33, 2014.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Avaliação de Implementação do Projeto de Formação e Melhoria da Qualidade da Rede de Atenção à Saúde (QualiSUS-Rede) – Relatório Final**. Rio de Janeiro, 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro**. Brasília: IPEA: Ministério da Saúde, 2012. 323p.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JR, H. M. M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado**. In: MERHY, E. E. (Org.). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-134.

FREITAS, C. *et al.* Perfil de sujeitos com transtornos dos tecidos moles atendidos em um serviço de saúde do trabalhador e as LER/DORT. **Caderno de Terapia Ocupacional da Universidade Federal de São Carlos**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 305-312. 2015.

FUNDATO, C.T. *et al.* Itinerário terapêutico de Adolescentes e Adultos Jovens com Osteossarcoma. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 58, n. 2, p. 197-208. 2012.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

GOMES, R.; LIMA, V. V. A gestão da clínica em questão. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, 2017.

GONÇALVES, J. P. P. *et al.* Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das redes de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, 2013.

GOUVEIA, G. C. *et al.* Satisfação dos usuários com a assistência de saúde no estado de Pernambuco, Brasil, 2005. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1849-61. 2011.

HARZHEIM, E, (Coord.). **Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde**: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

IGNÁCIO, D. S. **Alta hospitalar responsável**: em busca da continuidade do cuidado para pacientes em cuidados paliativos no domicílio, uma revisão integrativa. 2017. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

IBGE. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2017. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em:
<ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf.>
> Acesso em: 02 out. 2017.

IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Rio de Janeiro, 2013.

JENNINGS, F. Proteção articular, conservação de energia e educação do paciente. **Revista Paulista de Reumatologia**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 6-10, 2014.

KATON, W. J. *et al.* The Pathways Study: a randomized trial of collaborative care in patients with diabetes and depression. **Archives of General Psychiatry**, Chicago, v. 61, n. 10, p. 1042-1049, 2004.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine**. Nova Iorque, Part B: Medical Anthropology, v. 12, p. 85-93, 1978.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, 2010.

LEMOS, R. S. **Regionalização da alta complexidade em saúde no estado de Pernambuco: oferta e alocação de recursos**. 2014. Dissertação (Mestrado em Gestão e Economia da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

LLEWELLYING-JONES, R. H. *et al.* Multifaceted shared care intervention for late life depression in residential care: randomised controlled trial. **British Medical Journal**, Londres, v. 319, p. 676-682, 1999.

LORENA, S. B. **Programa de autocuidado físico apoiado para mulheres com fibromialgia: ensaio clínico randomizado**. 2014. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2014.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007.

MALISKA, I. C. A.; PADILHA, M. I. C. S. AIDS: a experiência da doença e a construção do itinerário terapêutico. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 9, n. 3, p. 687-698, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a09.htm>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

MALTA, D. C. *et al.* A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 18, suppl. 2, p. 3-16, 2015.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia do trabalho científico**. 7.ed. São Paulo: Atlas, 2012.

MARQUES, A. J. S.; LIMA, M. S. O sistema estadual de transporte em saúde de Minas Gerais: relato de experiência. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, v. 8, n. 8, jan./jul., 2012. P. 83-86.

MARTINS, P.V. **Hanseníase: um estudo sobre a experiência da enfermidade de pacientes em Salvador/Bahia**. 2013. Tese (Doutorado) - Universidade Federal da Bahia, 2013.

MATTOZINHO, M. M. S.; SILVA, D. M. G. V. Itinerário Terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 15, n. 6, 2007.

MCINNES, G. T.; MCGHEE, S. M. Delivery of care for hypertension. **Journal of human hypertension**, Houndmills, v. 348, p. 2635-2645, 1995.

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.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. **A modelagem das redes de atenção à saúde**. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, 2007.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. **Desafios para os gestores do SUS hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão**. In: FREESE, E. (Org.). **Municípios: a gestão da mudança em saúde**. Recife, PE: UFPE, 2004. p. 45-76.

MOTA, L. M. H. *et al.* Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia para o tratamento da Artrite Reumatóide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 52, n. 2, p. 135-174, 2012.

MOURA, A. A. G.; CARVALHO, E. F.; SILVA, N. J. C. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. **Ciência e Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 6, p. 1661-1672, 2007.

NUNES, A. S.; DAVID, H. M. S. Os desafios da enfermagem reumatológica: uma perspectiva emergente no cuidado. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 853-857, 2014.

OLIVEIRA, A. E. C. et al. Implantação do e-SUS AB no Distrito Sanitário IV de João Pessoa (PB): relato de experiência. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 212-218, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Comissão de determinantes sociais de saúde. **Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde**. Brasília, 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas**: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington, DC, 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Redes integradas de servicios de salud**: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC, 2010. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, nº 4).

OSMAN, L. M. *et al.* Integrated care for asthma: matching care to the patient. **The European respiratory journal**, Reino Unido, v. 9, n. 3, p. 444-448, 1996.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. **Notas para discussão nos Seminários Temáticos Permanentes**. Brasília: Anvisa: ISCUPBA, 2001. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/institucional/snvs/coprh/seminario/modelo.htm>> Acesso em: 15 jul. 2015.

PATRÍCIO, C. et al. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 21, n. 3, p. 121-131, 2011.

PAULA, C. C. et al. Fatores que interferem no atributo longitudinalidade da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiania, v. 17, n. 4, p. 1-11, 2015.

PEREIRA A. M. *et al.* Prevalence of musculoskeletal manifestations in the adult Brazilian population: a study using COPCORD questionnaires. **Clinical and Experimental Rheumatology**, Piza, v. 27, p. 42-46, 2009.

PEREIRA, I. A. et al. Consenso 2012 da Sociedade Brasileira de Reumatologia sobre o manejo de comorbidades em pacientes com artrite reumatoide. **Revista Brasileira de Reumatologia**, São Paulo, v. 52, n. 4, p. 483-495, 2012.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016-2019**. Recife, 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Lei nº 14.928, de 22 de março de 2013**. Recife, 2013.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Política estadual de regulação assistencial**.

Recife, 2012.

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife, 2011. Disponível em:

<http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf>. Acesso em: 6 jul. 2015.

PINHEIRO FILHO, F. P.; SARTI, F. M. Falhas de mercado e redes em políticas públicas: desafios e possibilidades ao Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2981-2990, 2012.

PINTO, M. R. C.; MIGUEL, R. C. C.; REZENDE, G.G.G. Rheumatoid arthritis treatment. **Revista Brasileira de Reumatologia**, Campinas, v. 46, p. 219-223, 2006.

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**, Campinas, v. 22, n. 4, p. 1257-1267, 2017.

POLONSKY, W. H. *et al.* Integrating medical management with diabetes self-management training: a randomized control trial of the Diabetes Outpatient Intensive Treatment Program. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 26, p. 3048-3053, 2003.

PONS-ESTEL, G. J. *et al.* Understanding the epidemiology and progression of systemic lupus erythematosus. **Seminars in Arthritis and Rheumatism**, Nova Iorque, v. 39, n. 4, p. 257-268, 2010.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas**. Lisboa, 2004.

RIBEIRA, M. G. M.; SANTOS, S. M. R.; TEIXEIRA, M. T. B. Itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero: uma abordagem focada na prevenção. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 57, n. 4, p. 483-491, 2011.

RICHARDSON, R. J. *et al.* **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2011.

RODRIGUES, L. B. B. **Adaptação e validação de um instrumento para avaliar a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde: fase I**. 2013. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SANTANA, RR; COSTA, C. A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceituais e organizacionais. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 7, p. 29-56, 2008.

SANTOS, F. A. S. et al. A regionalização e financiamento da saúde: um estudo de caso. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 402-408, 2015.

SANTOS, L. A natureza jurídica pública dos serviços de saúde e o regime de complementaridade dos serviços privados à rede pública do Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 815-829, 2015.

SILVA JÚNIOR, E. B.; NUNES, L. M. N. Avaliação da assistência farmacêutica na atenção primária no município de Petrolina (PE). **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**, Santo André, v. 37, n. 2, p. 65-69, 2012.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REUMATOLOGIA. **Espondilite Anquilosante**: Cartilha para pacientes. São Paulo, 2012.

SCOTT, D. L.; WOLFE, F.; HUIZINGA, T. W. Rheumatoid arthritis. **Lancet**, Londres, v. 376, p. 1094-1108, 2010.

SENNA, E. R. *et al.* Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. **Journal of Rheumatology**, Toronto, v. 31, p. 594-597, 2004.

SIMON, G. E. *et al.* Randomised trial of monitoring, feedback and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. **British Medical Journal BMJ**, Londres, v. 320, n. 7234, p. 550-554, 2000.

SOLLA, J.; CHIORO, A. **Atenção ambulatorial especializada**. In: GIOVANELLA, L. *et al.* (Org). Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. p. 547-576.

SPARRENBERGER, F *et al.* Aplicação do método clínico centrado na pessoa (MCCP) com dor crônica. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 42, n. 1, p. 85-88, 2013.

SPEDE, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e

tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, B.; SHI, L.; MACINKO, J. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. **The Milbank Quarterly**, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

TEIXEIRA, C.F. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidade Prioritária de Saúde. CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 11., 2000. Brasília. **Caderno...** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S.; VILASBOAS, A. L. SUS: modelos assistenciais e vigilância da saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 7-28, 1998.

TSICHRISTAS, A. Finding the royal way to stimulate and evaluate integrated care in Europe. **International Journal of Care Coordination**, v. 18, n. 2-3, 2015.

UNUTZER, J. *et al.* Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. **JAMA**, Chicago, v. 288, p. 2836-2345, 2002.

VETTER, M. J.; BRISTOW, L.; AHRENS, J. A model for home care clinician and home health aide collaboration: diabetes care by nurse case management and community health workers. **Home Healthcare Nurse**, Washington, v. 22, n. 9, p. 645-648, 2004.

VIEIRA, F.S. Assistência farmacêutica no sistema público de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 27, n. 2, p. 149-156, 2010.

VILARINS, G. C. M.; SHIMIZYU, H. E.; GUTIERREZ, M. M. U. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 95, p. 640-647, 2012.

ZANGHELINI, F. *et al.* Perfil de pacientes com artrite reumatoide em uso de inibidores do Fator de Necrose Tumoral alfa (TNF- α), cadastrados no Componente Especializado da Assistência Farmacêutica de Pernambuco, Brasil. **Revista de Ciência Farmacêutica Básica Aplicada**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 252-256, 2014.

WAGNER, E.H. *et al.* Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. **The Joint Commission journal on quality improvement**, v. 27, n. 2, p. 63-80, 2001.

WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P.; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescom: UFMG: Coopmed, 2009. 90p.

Apêndice A – Roteiro de entrevista semiestruturada para gestor da vigilância em saúde da secretaria estadual

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTOR DA VIGILÂNCIA EM SAÚDE DA SECRETARIA ESTADUAL

Nome: _____ Registro: _____

Endereço: _____

Contato telefônico: _____

Data: _____ Horário de início: _____ Horário término: _____

Domínio: População

1. Existe uma população-alvo identificada como de responsabilidade da rede de atenção às doenças reumatológicas no estado de Pernambuco?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, como esta população é identificada? Existem critérios definidos?

2. Como são identificadas as necessidades dos usuários diagnosticados com doenças reumatológicas em Pernambuco?

3. As necessidades identificadas influenciam no planejamento e tomada de decisões da gestão?

() Sim () Não () Não sabe

4. Existe participação da população no processo de estruturação das RAS?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, como é essa participação?

Domínio: Os sistemas de apoio

5. Existe um fluxo regular de alimentação dos procedimentos de reumatologia nos sistemas de informações em saúde?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, quais são os sistemas de informações utilizados? Quais os fluxos pactuados para coleta e armazenamento dos dados e divulgação das informações?

Se não, quais as justificativas para o não registro destes dados?

Domínio: O sistema de governança da rede

6. Há uma comissão de gestão estratégica da rede que envolva planejamento, monitoramento e avaliação?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, como se dá a organização, funcionamento e definição de competências desta comissão gestora?

7. A comissão gestora contempla a avaliação dos usuários?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, como?

8. A comissão interestadual bipartite tem desempenhado seu papel na gestão da rede?

Sim Não Não sabe

9. A Programação Pactuada Integrada está sendo aplicada no mecanismo de gestão da rede?

Sim Não Não sabe

Se sim, como se desenvolve este mecanismo?

Domínio: O modelo de atenção à saúde

10. Existe um contrato de gestão baseado em metas, entre as secretarias municipais de saúde e a SES?

Sim Não Não sabe

Esse contrato contém incentivos financeiros para estimular a consecução de suas metas? Esse contrato tem um sistema de monitoramento e avaliação eficaz? Caso existam, quais são as atuais metas relacionadas aos pacientes reumatológicos?

Apêndice B – Roteiro de entrevista semiestruturada para gestor da atenção à saúde da secretaria estadual

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTOR DA ATENÇÃO À SAÚDE DA SECRETARIA ESTADUAL

Nome: _____ Registro: _____
 Endereço: _____
 Contato telefônico: _____
 Data: _____ Horário de início: _____ Horário término: _____

Domínio: População

1. Existe uma população-alvo identificada como de responsabilidade da rede de atenção às doenças reumatológicas no estado de Pernambuco?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, como esta população é identificada? Existem critérios definidos?

2. Como são identificadas as necessidades dos usuários diagnosticados com doenças reumatológicas em Pernambuco?

3. As necessidades identificadas influenciam no planejamento e tomada de decisões da gestão?

() Sim () Não () Não sabe

4. Existe participação da população no processo de estruturação das RAS?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, como é essa participação?

Domínio: Atenção primária à saúde (APS)

5. Como são definidas e quais são as responsabilidades das equipes da atenção primária por sua população adscrita?

6. As diretrizes da SES apontam direcionamentos sobre as responsabilidades das equipes de atenção primária?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, quais são esses direcionamentos?

7. Em Pernambuco, a maioria dos acessos aos níveis secundário e terciário se dá através da atenção primária?

() Sim () Não () Não sabe

Se não, como se dá o acesso (demanda espontânea, referenciada por central de regulação, urgência, etc)?

8. Em relação às doenças reumatológicas, quais são os meios de interação entre as equipes de atenção primária à saúde e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?

9. Existem e são utilizados protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas na assistência às doenças reumatológicas na APS?

Sim Não Não sabe

Explique como é feita a condução destas intervenções.

10. Em Pernambuco, qual o papel da APS na coordenação dos fluxos de referência e contrarreferência para a atenção às doenças reumatológicas?

Domínio: Níveis secundários e terciários de atenção à saúde

11. Há referências ambulatoriais para tratamento dos usuários com doenças reumatológicas no estado de Pernambuco?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são essas referências?

12. Há referências hospitalares, de nível terciário, para o tratamento dos usuários com doenças reumatológicas em todo o estado de Pernambuco?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são essas referências?

13. Como é feito o estabelecimento das relações entre a APS e os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares?

14. Existem protocolos clínicos que contribuam/facilitem esta questão?

Sim Não Não sabe

Se sim, que informações são trazidas nestes protocolos clínicos?

15. Existe uma definição das ações / procedimentos a serem ofertados por cada ponto de atenção especializada?

Sim Não Não sabe

Se sim, como é feito o estabelecimento das ações/procedimentos? Há compras do setor privado?

16. São utilizados protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas na assistência às doenças reumatológicas nos níveis secundários e terciários?

Sim Não Não sabe

Explique como é feita a condução destas intervenções.

17. Os pontos de atenção especializada realizam todos os procedimentos de sua competência, como é estabelecido pelas portarias?

Sim Não Não sabe

Se não, quais são os entraves que impossibilitam a realização dos procedimentos?

Domínio: Os sistemas de apoio

18. O sistema de assistência farmacêutica da SES disponibiliza os medicamentos previstos no protocolo clínico para doenças reumatológicas?

Sim Não Não sabe

Se não, por quê?

19. Existe sistema de apoio para realização de exames por imagem em reumatologia contratualizados pela SES?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são e onde estão localizados estes serviços?

20. A SES define protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames por imagem em reumatologia e sua interpretação (laudo)?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são as informações trazidas nestes protocolos clínicos? Que critérios são utilizados para construção dos protocolos clínicos? São estabelecidas prioridades? Existe uma comissão de construção de protocolos?

Se não, como é definida a indicação e o fluxo dos exames por imagem em reumatologia?

21. Existe sistema de apoio para realização de exames de análises clínicas para a reumatologia?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são e onde estão localizados estes serviços?

22. A SES define protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames de análises clínicas em reumatologia e sua interpretação?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são as informações trazidas nestes protocolos clínicos? Que critérios são utilizados para construção dos protocolos clínicos? São estabelecidas prioridades? Existe uma comissão de construção de protocolos?

Se não, como é definida a indicação e o fluxo dos exames por imagem em reumatologia?

23. Em Pernambuco, existe um prontuário clínico (em papel ou eletrônico) que integra as informações epidemiológicas e gerenciais de doenças reumatológicas entre os serviços de saúde de diferentes níveis?

Sim Não Não sabe

Se não, como é conduzida a troca e integração de informações epidemiológicas e gerenciais de doenças reumatológicas entre os serviços de saúde de diferentes níveis?

24. Existe um fluxo regular de alimentação dos procedimentos de reumatologia nos sistemas de informações em saúde?

Sim Não Não sabe

Domínio: Os sistemas logísticos

25. Há um cartão de identificação dos usuários (Cartão SUS) com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?

Sim Não Não sabe

26. Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?

Sim Não Não sabe

Domínio: O sistema de governança da rede

27. Os recursos financeiros são suficientes para suprir os objetivos e necessidades da rede?

Sim Não Não sabe

28. Há uma comissão de gestão estratégica da rede que envolva planejamento, monitoramento e avaliação?

Sim Não Não sabe

Se sim, como se dá a organização, funcionamento e definição de competências desta comissão gestora?

29. A comissão gestora contempla a avaliação dos usuários?

Sim Não Não sabe

Se sim, como?

30. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços pela SES?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são os serviços e procedimentos atualmente contratados?

31. A comissão interestadual bipartite tem desempenhado seu papel na gestão da rede?

Sim Não Não sabe

32. A Programação Pactuada Integrada está sendo aplicada no mecanismo de gestão da rede?

Sim Não Não sabe

Se sim, como se desenvolve este mecanismo?

33. A estrutura operacional da rede de atenção à saúde para doenças reumatológicas está de acordo como o plano diretor de regionalização do estado de Pernambuco?

Sim Não Não sabe

Domínio: O modelo de atenção à saúde

34. Há um modelo de atenção à saúde de conhecimento na atenção primária à saúde e nos pontos de atenção secundários e terciários?

Sim Não Não sabe

Se sim, qual é?

35. O modelo assistencial propõe ações no autocuidado apoiado?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais?

36. O modelo assistencial inclui ações de promoção à saúde na APS (ações intersetoriais) para a população total adscrita?

Sim Não Não sabe

37. O modelo de atenção à saúde inclui ações de prevenção das doenças para as diferentes subpopulações com fatores de riscos?

Sim Não Não sabe

38. O modelo assistencial à saúde inclui ações clínicas e reabilitadoras para os diferentes estratos com fatores de riscos?

Sim Não Não sabe

39. O modelo assistencial utiliza a tecnologia de gestão da clínica (gestão da condição de saúde, gestão de casos)?

Sim Não Não sabe

40. Existe um programa de educação permanente para profissionais sobre a organização da rede de atenção à saúde para doentes reumatológicos, bem como sobre protocolos clínicos?

Sim Não Não sabe

Se sim, qual a periodicidade destas capacitações? Como funcionam?

41. Existe um contrato de gestão baseado em metas, entre as secretarias municipais de saúde e a SES?

Sim Não Não sabe

Esse contrato contém incentivos financeiros para estimular a consecução de suas metas? Esse contrato tem um sistema de monitoramento e avaliação eficaz? Caso existam, quais são as atuais metas relacionadas aos pacientes reumatológicos?

Apêndice C – Roteiro de entrevista semiestruturada para gestor da regulação em saúde da secretaria estadual

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTOR DA REGULAÇÃO EM SAÚDE DA SECRETARIA ESTADUAL

Nome: _____ Registro: _____
 Endereço: _____
 Contato telefônico: _____
 Data: _____ Horário de início: _____ Horário término: _____

Domínio: População

1. Existe uma população-alvo identificada como de responsabilidade da rede de atenção às doenças reumatológicas no estado de Pernambuco?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, como esta população é identificada? Existem critérios definidos?

2. Como são identificadas as necessidades dos usuários diagnosticados com doenças reumatológicas em Pernambuco?

3. As necessidades identificadas influenciam no planejamento e tomada de decisões da gestão?

() Sim () Não () Não sabe

4. Existe participação da população no processo de estruturação das RAS?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, como é essa participação?

Domínio: Atenção primária à saúde (APS)

5. Em Pernambuco, a maioria dos acessos aos níveis secundário e terciário se dá através da atenção primária?

() Sim () Não () Não sabe

Se não, como se dá o acesso (demanda espontânea, referenciada por central de regulação, urgência, etc)?

6. Existem e são utilizados protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas na assistência às doenças reumatológicas na APS?

() Sim () Não () Não sabe

Explique como é feita a condução destas intervenções.

7. Em Pernambuco, qual o papel da APS na coordenação dos fluxos de referência e contrarreferência para a atenção às doenças reumatológicas?

Domínio: Níveis secundários e terciários de atenção à saúde

8. Há referências ambulatoriais para tratamento dos usuários com doenças reumatológicas no estado de Pernambuco?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, quais são essas referências?

9. Há referências hospitalares, de nível terciário, para o tratamento dos usuários com doenças reumatológicas em todo o estado de Pernambuco?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são essas referências?

10. Como é feito o estabelecimento das relações entre a APS e os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares?

11. Existem protocolos clínicos que contribuam/facilitem esta questão?

Sim Não Não sabe

Se sim, que informações são trazidas nestes protocolos clínicos?

12. Existe uma definição das ações / procedimentos a serem ofertados por cada ponto de atenção especializada?

Sim Não Não sabe

Se sim, como é feito o estabelecimento das ações/procedimentos? Há compras do setor privado?

13. São utilizados protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas na assistência às doenças reumatológicas nos níveis secundários e terciários?

Sim Não Não sabe

Explique como é feita a condução destas intervenções.

14. Os pontos de atenção especializada realizam todos os procedimentos de sua competência, como é estabelecido pelas portarias?

Sim Não Não sabe

Se não, quais são os entraves que impossibilitam a realização dos procedimentos?

Domínio: Os sistemas de apoio

15. O sistema de assistência farmacêutica da SES disponibiliza os medicamentos previstos no protocolo clínico para doenças reumatológicas?

Sim Não Não sabe

Se não, por quê?

16. Existe sistema de apoio para realização de exames por imagem em reumatologia contratualizados pela SES?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são e onde estão localizados estes serviços?

17. A SES define protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames por imagem em reumatologia e sua interpretação (laudo)?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são as informações trazidas nestes protocolos clínicos? Que critérios são utilizados para construção dos protocolos clínicos? São estabelecidas prioridades? Existe uma comissão de construção de protocolos?

Se não, como é definida a indicação e o fluxo dos exames por imagem em reumatologia?

18. Existe sistema de apoio para realização de exames de análises clínicas para a reumatologia?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são e onde estão localizados estes serviços?

19. A SES define protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames de análises clínicas em reumatologia e sua interpretação?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são as informações trazidas nestes protocolos clínicos? Que critérios são utilizados para construção dos protocolos clínicos? São estabelecidas prioridades? Existe uma comissão de construção de protocolos?

Se não, como é definida a indicação e o fluxo dos exames por imagem em reumatologia?

20. Em Pernambuco, existe um prontuário clínico (em papel ou eletrônico) que integra as informações epidemiológicas e gerenciais de doenças reumatológicas entre os serviços de saúde de diferentes níveis?

Sim Não Não sabe

Se não, como é conduzida a troca e integração de informações epidemiológicas e gerenciais de doenças reumatológicas entre os serviços de saúde de diferentes níveis?

Domínio: Os sistemas logísticos

21. Em Pernambuco, é possível que a equipe de atenção primária agende diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada em reumatologia?

Sim Não Não sabe

Especifique como se dá o agendamento para atenção especializada em reumatologia.

22. As equipes de atenção primária à saúde agendam diretamente alguns exames de análises clínicas e de patologia clínica ou de imagens para doenças reumatológicas em Pernambuco?

Sim Não Não sabe

Se não, quem é responsável pelo agendamento destes exames complementares solicitados para o usuário?

23. Há um cartão de identificação dos usuários (Cartão SUS) com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?

Sim Não Não sabe

24. Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?

Sim Não Não sabe

25. Existe uma central de regulação para agendamento dos atendimentos especializados em reumatologia coordenada pela SES?

Sim Não Não sabe

Se sim, explique como se dá o funcionamento desta central em reumatologia?

26. Há um sistema de transporte sanitário para usuários que integra a APS com outros níveis de atenção para realização de procedimentos eletivos de reumatologia?

Sim Não Não sabe

Se sim, explique como se dá o funcionamento do transporte sanitário? É prestado com

veículos adequados, com rotas pré-definidas, mantido pela SES?

Domínio: O sistema de governança da rede

27. Os recursos financeiros são suficientes para suprir os objetivos e necessidades da rede?

Sim Não Não sabe

28. Há uma comissão de gestão estratégica da rede que envolva planejamento, monitoramento e avaliação?

Sim Não Não sabe

Se sim, como se dá a organização, funcionamento e definição de competências desta comissão gestora?

29. A comissão gestora contempla a avaliação dos usuários?

Sim Não Não sabe

Se sim, como?

30. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços pela SES?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são os serviços e procedimentos atualmente contratados?

31. A comissão interestadual bipartite tem desempenhado seu papel na gestão da rede?

Sim Não Não sabe

32. A Programação Pactuada Integrada está sendo aplicada no mecanismo de gestão da rede?

Sim Não Não sabe

Se sim, como se desenvolve este mecanismo?

33. A estrutura operacional da rede de atenção à saúde para doenças reumatológicas está de acordo como o plano diretor de regionalização do estado de Pernambuco?

Sim Não Não sabe

Domínio: O modelo de atenção à saúde

34. O modelo assistencial utiliza a tecnologia de gestão da clínica (gestão da condição de saúde, gestão de casos)?

Sim Não Não sabe

35. Existe um programa de educação permanente para profissionais sobre a organização da rede de atenção à saúde para doentes reumatológicos, bem como sobre protocolos clínicos?

Sim Não Não sabe

Se sim, qual a periodicidade destas capacitações? Como funcionam?

36. Existe um contrato de gestão baseado em metas, entre as secretarias municipais de saúde e a SES?

Sim Não Não sabe

Esse contrato contém incentivos financeiros para estimular a consecução de suas metas? Esse contrato tem um sistema de monitoramento e avaliação eficaz? Caso existam, quais são as atuais metas relacionadas aos pacientes reumatológicos?

37. As redes utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?

Sim Não Não sabe

Se sim, como são construídas as listas de espera (baseadas em riscos, transparência e em evidências)? Como está atualmente a lista de espera em reumatologia no estado de Pernambuco?

Apêndice D – Roteiro de entrevista semiestruturada para gestor da macrorregião de saúde

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTOR DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE

Nome: _____ Registro: _____

Endereço: _____

Contato telefônico: _____

Macrorregião: _____

Data: _____ Horário de início: _____ Horário término: _____

1. Na região, há uma população definida quanto às doenças reumatológicas?
2. Como é que são identificadas as necessidades dos usuários com doenças reumatológicas?
3. As necessidades identificadas influenciam no planejamento da oferta dos serviços de reumatologia?
4. Com relação à Atenção Primária, quais são as diretrizes que a Região de Saúde define com relação às doenças reumatológicas?
5. Quais são os serviços especializados de referência que existem dentro da tua região? Dispõe de atendimento de nível terciário?
6. Com relação a serviços privados que são necessários para diagnóstico complementar, existe alguma contratualização feita pela SES dentro da região ou é feita pelos municípios?
7. Existe alguma forma de se realizar classificação de prioridades clínicas?
8. Em algum momento, dentro da regional, houve discussão sobre doenças reumatológicas na CIR ou na CIB?
9. Com relação à Educação Permanente promovida pela Regional de Saúde, em algum momento há/houve discussão sobre as Doenças Crônicas e as doenças reumatológicas mais especificamente?
10. Como funciona a assistência farmacêutica na sua região?
11. Como sugestão, enquanto gestor(a), conhecendo a realidade da região, você acredita que quais melhorias deveriam ser feitas para ampliar o acesso dos pacientes com doenças reumatológicas aos serviços? Que entraves vocês acredita que existem para serem superados?

Apêndice E - Roteiro de entrevista semiestruturada para gestor da atenção básica dos municípios-sede das macrorregiões de saúde

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTOR DA ATENÇÃO BÁSICA DOS MUNICÍPIOS-SEDE DAS MACRORREGIÕES DE SAÚDE

Nome: _____ Registro: _____

Endereço: _____

Contato telefônico: _____

Município/Macrorregião: _____

Data: _____ Horário de início: _____ Horário término: _____

Domínio: População

1. Existe uma população-alvo identificada como de responsabilidade da rede de atenção às doenças reumatológicas neste município?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, como esta população é identificada? Existem critérios definidos?

2. Como são identificadas as necessidades dos usuários diagnosticados com doenças reumatológicas neste município?

3. As necessidades identificadas influenciam no planejamento e tomada de decisões da gestão?

() Sim () Não () Não sabe

4. Existe participação da população no processo de estruturação das RAS?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, como é essa participação?

Domínio: Atenção primária à saúde (APS)

5. Como são definidas e quais são as responsabilidades das equipes da atenção primária por sua população adscrita?

6. A gestão municipal aponta direcionamentos sobre as responsabilidades das equipes de atenção primária?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, quais são esses direcionamentos?

7. Neste município, a maioria dos acessos aos níveis secundário e terciário se dá através da atenção primária?

() Sim () Não () Não sabe

Se não, como se dá o acesso (demanda espontânea, referenciada por central de regulação, urgência, etc)?

8. Em relação às doenças reumatológicas, quais são os meios de interação entre as equipes de atenção primária à saúde e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?

9. Existem e são utilizados protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas na assistência às doenças reumatológicas na APS?

Sim Não Não sabe

Explique como é feita a condução destas intervenções.

10. Neste município, qual o papel da APS na coordenação dos fluxos de referência e contrarreferência para a atenção às doenças reumatológicas?

Domínio: Níveis secundários e terciários de atenção à saúde

11. Há referências ambulatoriais para tratamento dos usuários com doenças reumatológicas?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são essas referências: estão localizadas no próprio município ou em outro local?

Se não, para onde os pacientes são referenciados?

12. Há referências hospitalares, de nível terciário, para o tratamento dos usuários com doenças reumatológicas?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são essas referências: estão localizadas no próprio município ou em outro local?

Se não, para onde os pacientes são referenciados?

13. Como é feito o estabelecimento das relações entre a APS e os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares?

14. Existem protocolos clínicos que contribuam/facilitem esta questão?

Sim Não Não sabe

Se sim, que informações são trazidas nestes protocolos clínicos?

15. Existe uma definição das ações / procedimentos a serem ofertados por cada ponto de atenção especializada?

Sim Não Não sabe

Se sim, como é feito o estabelecimento das ações/procedimentos? Há compras do setor privado?

16. São utilizados protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas na assistência às doenças reumatológicas nos níveis secundários e terciários?

Sim Não Não sabe

Explique como é feita a condução destas intervenções.

17. Os pontos de atenção especializada realizam todos os procedimentos de sua competência, como é estabelecido pelas portarias?

Sim Não Não sabe

Se não, quais são os entraves que impossibilitam a realização dos procedimentos?

Domínio: Os sistemas de apoio

18. O sistema de assistência farmacêutica do município disponibiliza os medicamentos previstos no protocolo clínico para doenças reumatológicas?

Sim Não Não sabe

Se não, por quê?

19. Existe sistema de apoio para realização de exames por imagem em reumatologia neste município?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são e onde estão localizados estes serviços?

20. Este município define protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames por imagem em reumatologia e sua interpretação (laudo)?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são as informações trazidas nestes protocolos clínicos? Que critérios são utilizados para construção dos protocolos clínicos? São estabelecidas prioridades? Existe uma comissão de construção de protocolos?

Se não, como é definida a indicação e o fluxo dos exames por imagem em reumatologia?

21. Existe sistema de apoio para realização de exames de análises clínicas para a reumatologia neste município?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são e onde estão localizados estes serviços?

22. Este município define protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames de análises clínicas em reumatologia e sua interpretação?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são as informações trazidas nestes protocolos clínicos? Que critérios são utilizados para construção dos protocolos clínicos? São estabelecidas prioridades? Existe uma comissão de construção de protocolos?

Se não, como é definida a indicação e o fluxo dos exames por imagem em reumatologia?

23. Neste município, existe um prontuário clínico (em papel ou eletrônico) que integra as informações epidemiológicas e gerenciais de doenças reumatológicas entre os serviços de saúde de diferentes níveis?

Sim Não Não sabe

Se não, como é conduzida a troca e integração de informações epidemiológicas e gerenciais de doenças reumatológicas entre os serviços de saúde de diferentes níveis?

24. Neste município, existe um fluxo regular de alimentação dos procedimentos de reumatologia nos sistemas de informações em saúde?

Sim Não Não sabe

Domínio: Os sistemas logísticos

25. Neste município, é possível que a equipe de atenção primária agende diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada em reumatologia?

Sim Não Não sabe

Especifique como se dá o agendamento para atenção especializada em reumatologia.

26. Neste município, as equipes de atenção primária à saúde agendam diretamente alguns exames de análises clínicas e de patologia clínica ou de imagens para doenças reumatológicas?

Sim Não Não sabe

Se não, quem é responsável pelo agendamento destes exames complementares solicitados para o usuário?

27. Os usuários deste município possuem um cartão de identificação dos usuários (Cartão SUS) com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?

Sim Não Não sabe

28. Neste município, há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?

Sim Não Não sabe

29. Neste município, há um sistema de transporte sanitário para usuários que integra a APS com outros níveis de atenção para realização de procedimentos eletivos de reumatologia?

Sim Não Não sabe

Se sim, explique como se dá o funcionamento do transporte sanitário? É prestado com veículos adequados, com rotas pré-definidas, coordenado por esta região de saúde?

Domínio: O modelo de atenção à saúde

30. Há um modelo de atenção à saúde de conhecimento na atenção primária à saúde e nos pontos de atenção secundários e terciários?

Sim Não Não sabe

Se sim, qual é?

31. O modelo assistencial propõe ações no autocuidado apoiado?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais?

32. O modelo assistencial inclui ações de promoção à saúde na APS (ações intersetoriais) para a população total adscrita?

Sim Não Não sabe

33. O modelo de atenção à saúde inclui ações de prevenção das doenças para as diferentes subpopulações com fatores de riscos?

Sim Não Não sabe

34. O modelo assistencial à saúde inclui ações clínicas e reabilitadoras para os diferentes estratos com fatores de riscos?

Sim Não Não sabe

35. O modelo assistencial utiliza a tecnologia de gestão da clínica (gestão da condição de saúde, gestão de casos)?

Sim Não Não sabe

36. Existe um programa de educação permanente para profissionais sobre a organização da rede de atenção à saúde para doentes reumatológicos, bem como sobre protocolos clínicos?

Sim Não Não sabe

Se sim, qual a periodicidade destas capacitações? Como funcionam?

Apêndice F – Roteiro de entrevista semiestruturada para gestor da regulação em saúde do município-sede da macrorregião de saúde

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA GESTOR DA REGULAÇÃO EM SAÚDE DO MUNICÍPIO-SEDE DA MACRORREGIÃO DE SAÚDE

Nome: _____ Registro: _____
 Endereço: _____
 Contato telefônico: _____
 Município/macrorregião: _____
 Data: _____ Horário de início: _____ Horário término: _____

Domínio: População

1. Existe uma população-alvo identificada como de responsabilidade da rede de atenção às doenças reumatológicas neste município?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, como esta população é identificada? Existem critérios definidos?

2. Como são identificadas as necessidades dos usuários diagnosticados com doenças reumatológicas neste município?

3. As necessidades identificadas influenciam no planejamento e tomada de decisões da gestão?

() Sim () Não () Não sabe

4. Existe participação da população no processo de estruturação das RAS?

() Sim () Não () Não sabe

Se sim, como é essa participação?

Domínio: Atenção primária à saúde (APS)

5. Neste município, a maioria dos acessos aos níveis secundário e terciário se dá através da atenção primária?

() Sim () Não () Não sabe

Se não, como se dá o acesso (demanda espontânea, referenciada por central de regulação, urgência, etc)?

6. Existem e são utilizados protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas na assistência às doenças reumatológicas na APS?

() Sim () Não () Não sabe

Explique como é feita a condução destas intervenções.

7. Neste município, qual o papel da APS na coordenação dos fluxos de referência e contrarreferência para a atenção às doenças reumatológicas?

Domínio: Níveis secundários e terciários de atenção à saúde

8. Há referências ambulatoriais para tratamento dos usuários com doenças reumatológicas

neste município?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são essas referências? Se não, para onde os pacientes são referenciados?

9. Há referências hospitalares, de nível terciário, para o tratamento dos usuários com doenças reumatológicas neste município?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são essas referências? Se não, para onde os pacientes são referenciados?

10. Como é feito o estabelecimento das relações entre a APS e os serviços ambulatoriais especializados e hospitalares?

11. Existem protocolos clínicos que contribuam/facilitem esta questão?

Sim Não Não sabe

Se sim, que informações são trazidas nestes protocolos clínicos?

12. Existe uma definição das ações / procedimentos a serem ofertados por cada ponto de atenção especializada?

Sim Não Não sabe

Se sim, como é feito o estabelecimento das ações/procedimentos? Há compras do setor privado?

13. São utilizados protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas na assistência às doenças reumatológicas nos níveis secundários e terciários?

Sim Não Não sabe

Explique como é feita a condução destas intervenções.

14. Os pontos de atenção especializada realizam todos os procedimentos de sua competência, como é estabelecido pelas portarias?

Sim Não Não sabe

Se não, quais são os entraves que impossibilitam a realização dos procedimentos?

Domínio: Os sistemas de apoio

15. O sistema de assistência farmacêutica dos municípios deste município disponibiliza os medicamentos previstos no protocolo clínico para doenças reumatológicas?

Sim Não Não sabe

Se não, por quê?

16. Existe sistema de apoio para realização de exames por imagem em reumatologia neste município?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são e onde estão localizados estes serviços?

17. Este município define protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames por imagem em reumatologia e sua interpretação (laudo)?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são as informações trazidas nestes protocolos clínicos? Que critérios são utilizados para construção dos protocolos clínicos? São estabelecidas prioridades? Existe uma comissão de construção de protocolos?

Se não, como é definida a indicação e o fluxo dos exames por imagem em reumatologia?

18. Existe sistema de apoio para realização de exames de análises clínicas para a reumatologia neste município?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são e onde estão localizados estes serviços?

19. Este município define protocolos clínicos que orientam a indicação e o fluxo dos exames de análises clínicas em reumatologia e sua interpretação?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são as informações trazidas nestes protocolos clínicos? Que critérios são utilizados para construção dos protocolos clínicos? São estabelecidas prioridades? Existe uma comissão de construção de protocolos?

Se não, como é definida a indicação e o fluxo dos exames por imagem em reumatologia?

20. Neste município, existe um prontuário clínico (em papel ou eletrônico) que integra as informações epidemiológicas e gerenciais de doenças reumatológicas entre os serviços de saúde de diferentes níveis?

Sim Não Não sabe

Se não, como é conduzida a troca e integração de informações epidemiológicas e gerenciais de doenças reumatológicas entre os serviços de saúde de diferentes níveis?

Domínio: Os sistemas logísticos

21. Neste município, é possível que a equipe de atenção primária agende diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada em reumatologia?

Sim Não Não sabe

Especifique como se dá o agendamento para atenção especializada em reumatologia.

22. Neste município, as equipes de atenção primária à saúde agendam diretamente alguns exames de análises clínicas e de patologia clínica ou de imagens para doenças reumatológicas?

Sim Não Não sabe

Se não, quem é responsável pelo agendamento destes exames complementares solicitados para o usuário?

23. Os usuários deste município, possuem um cartão de identificação dos usuários (Cartão SUS) com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?

Sim Não Não sabe

24. Neste município, há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?

Sim Não Não sabe

25. Existe uma central de regulação para agendamento dos atendimentos especializados em reumatologia neste município?

Sim Não Não sabe

Se sim, explique como se dá o funcionamento desta central em reumatologia?

26. Neste município, há um sistema de transporte sanitário para usuários que integra a APS

com outros níveis de atenção para realização de procedimentos eletivos de reumatologia?

Sim Não Não sabe

Se sim, explique como se dá o funcionamento do transporte sanitário? É prestado com veículos adequados, com rotas pré-definidas, coordenado por esta região de saúde?

Domínio: O sistema de governança da rede

27. Os recursos financeiros são suficientes para suprir os objetivos e necessidades da rede?

Sim Não Não sabe

28. Há uma comissão de gestão estratégica da rede que envolva planejamento, monitoramento e avaliação?

Sim Não Não sabe

Se sim, como se dá a organização, funcionamento e definição de competências desta comissão gestora?

29. A comissão gestora contempla a avaliação dos usuários?

Sim Não Não sabe

Se sim, como?

30. Há um sistema de contratualização de prestadores de serviços?

Sim Não Não sabe

Se sim, quais são os serviços e procedimentos atualmente contratados?

31. O conselho municipal de saúde tem desempenhado seu papel na gestão da rede?

Sim Não Não sabe

32. O Plano Municipal de Saúde está sendo aplicado no mecanismo de gestão da rede?

Sim Não Não sabe

Se sim, como se desenvolve este mecanismo?

Domínio: O modelo de atenção à saúde

33. Existe um programa de educação permanente para profissionais sobre a organização da rede de atenção à saúde para doentes reumatológicos, bem como sobre protocolos clínicos?

Sim Não Não sabe

Se sim, qual a periodicidade destas capacitações? Como funcionam?

34. As redes utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?

Sim Não Não sabe

Se sim, como são construídas as listas de espera (baseadas em riscos, transparência e em evidências)? Como está atualmente a lista de espera em reumatologia nesta região de saúde?

Apêndice G – Roteiro de entrevista semiestruturada a chefia da divisão da gestão do cuidado do HC/UFPE

**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA A CHEFIA DA
DIVISÃO DA GESTÃO DO CUIDADO DO HC/UFPE**

Nome: _____ Registro: _____

Endereço: _____

Contato telefônico: _____

Tempo de atuação no HC/UFPE: _____

Data: _____ Horário de início: _____ Horário término: _____

1. Como funciona o atendimento dos pacientes no HC/UFPE? Como é organizado o serviço de reumatologia do HC/UFPE, mais especificamente?
2. Como é a relação do HC/UFPE com a central de regulação da SES (operacionalização, agilidade, quantidade, qualidade...)? Como funciona o sistema de agendamento de consultas e procedimentos ambulatoriais para o este hospital?
3. Há protocolos clínicos definidos que norteiam o cuidado prestado ao paciente? Em caso afirmativo, como foram elaborados?
4. Há um número único de identificação de cada usuário? Existe um prontuário eletrônico único que se utiliza em todos os serviços prestados neste hospital?
5. Quais são os exames complementares mais solicitados? Onde normalmente os pacientes costumam realiza-los?
6. Os pacientes tem suporte farmacêutico? Em caso afirmativo, como funciona?
7. Existe alguma comunicação entre este serviço especializado e a atenção básica responsável pelo paciente?
8. Como funciona a organização das internações neste hospital?
9. A equipe de atenção primária agenda diretamente a atenção especializada ambulatorial e hospitalar para os procedimentos eletivos?
10. A regulação do agendamento no HC/UFPE conta com um médico regulador?
11. Há um sistema de transporte sanitário para urgências e emergências e procedimentos eletivos?

Apêndice H – Roteiro de entrevista semiestruturada a coordenação do serviço de reumatologia do HC/UFPE

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA A COORDENAÇÃO DO SERVIÇO DE REUMATOLOGIA DO HC/UFPE

Nome: _____ Registro: _____

Endereço: _____

Contato telefônico: _____

Tempo de atuação no HC/UFPE: _____

Data: _____ Horário de início: _____ Horário término: _____

1. Como é organizado o serviço de reumatologia do HC/UFPE?
2. Quais são as doenças reumatológicas mais frequentemente atendidas no ambulatório? Os pacientes já chegam ao serviço com o diagnóstico clínico?
3. Quais são os exames complementares mais solicitados por você? Onde normalmente os pacientes costumam realiza-los?
4. Os pacientes tem suporte farmacêutico? Em caso afirmativo, como funciona?
5. Há protocolos clínicos definidos pelo serviço que norteiam o cuidado prestado ao paciente? Em caso afirmativo, como foram elaborados?
6. Existe alguma comunicação entre este serviço especializado e a atenção básica responsável pelo paciente?

Apêndice I – Roteiro de entrevista semiestruturada para coordenação de regulação do HC/UFPE**ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA O(A)
COORDENADOR(A) DE REGULAÇÃO DO HC/UFPE**

Nome: _____ Registro: _____

Endereço: _____

Contato telefônico: _____

Tempo de atuação no HC/UFPE: _____

Data: _____ Horário de início: _____ Horário término: _____

1. Como é a relação do HC/UFPE com a central de regulação da SES (operacionalização, agilidade, quantidade, qualidade...)?
2. Há um número único de identificação de cada usuário? Existe um prontuário eletrônico único que se utiliza em todos os serviços prestados neste hospital?
3. O prontuário integra as informações sobre hospitalização, atenção ambulatorial especializada, atenção primária à saúde, exames de patologia clínica, exames de imagem, assistência farmacêutica etc?
4. Como funciona o sistema de agendamento de consultas e procedimentos ambulatoriais para o serviço de reumatologia deste hospital?
5. Como funciona a organização das internações em reumatologia neste hospital?
6. A equipe de atenção primária agenda diretamente a atenção especializada ambulatorial e hospitalar para os procedimentos eletivos?
7. A regulação do agendamento no HC/UFPE conta com um médico regulador?
8. Há um sistema de transporte sanitário para urgências e emergências e procedimentos eletivos?

Apêndice J – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos V.Sa. a participar da pesquisa **REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA DOENÇAS REUMATOLÓGICAS NO ESTADO DE PERNAMBUCO**, sob responsabilidade da pesquisadora Suélem Barros de Lorena, orientada pelo Professor Doutor Eduardo Maia Freese de Carvalho, tendo por objetivo analisar a estrutura e operacionalização da rede de atenção à saúde para doenças reumatológicas no estado de Pernambuco. Para realização deste trabalho, realizaremos com V.Sa. uma **entrevista gravada** contendo perguntas referentes à organização dos serviços e atendimentos para pacientes reumatológicos. Esclarecemos que manteremos em anonimato, sob sigilo absoluto, durante e após o término do estudo, todos os dados que identifiquem o sujeito da pesquisa usando apenas, para divulgação, os dados inerentes ao desenvolvimento do estudo. Informamos também que após o término da pesquisa, serão destruídas todas as gravações que possam vir a identificá-lo, não restando nada que venha a comprometer o anonimato de sua participação agora ou futuramente. Quanto aos riscos e desconfortos, destaca-se apenas o risco de constrangimento durante a entrevista. Caso você venha a sentir algo dentro desses padrões, comunique ao pesquisador para que a entrevista seja interrompida. Os benefícios esperados com o resultado desta pesquisa são contribuições para melhora dos serviços e atendimentos prestados aos pacientes reumatológicos. O(A) senhor(a) terá os seguintes direitos: a garantia de esclarecimento e resposta a qualquer pergunta; a liberdade de abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízo para si; a garantia de que em caso haja algum dano a sua pessoa, os prejuízos serão assumidos pelos pesquisadores ou pela instituição responsável. Nos casos de dúvidas e esclarecimentos o (a) senhor (a) deve procurar os pesquisadores:

Suélem Barros de Lorena – Rua Dr Aluízio José de Lorena Júnior, nº 182, Privê dos Trajanos, Lagoa Redonda II, Vitória de Santo Antão – PE. E-mail: suelem.barros@yahoo.com.br. Telefone: (81) 99822-8693.

Eduardo Maia Freese de Carvalho - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Av. Professor Moraes Rego, s/n, Campus da UFPE, Cidade Universitária, Recife- PE. E-mail: freese@cpqam.fiocruz.br. Telefones: (81) 2101-2500 | 2101-2600.

Caso suas dúvidas não sejam resolvidas pelos pesquisadores ou seus direitos sejam negados, favor recorrer ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Av. Professor Moraes Rego, s/n, Campus da UFPE, Cidade Universitária, Recife- PE. Telefones: (81) 2101-2500 | 2101-2600.

Consentimento Livre e Esclarecido:

Eu, _____, após ter recebido todos os esclarecimentos e ciente dos meus direitos, concordo em participar desta pesquisa, bem como autorizo a divulgação e a publicação de toda informação por mim transmitida, exceto dados pessoais, em publicações e eventos de caráter científico. Desta forma, assino este termo, juntamente com o pesquisador, em duas vias de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder do(s) pesquisador (es).

Recife. Data: ___/___/___

Assinatura do sujeito

Assinatura do pesquisador

Apêndice K – Carta de Anuência HC/UFPE



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA DE
SERVIÇOS HOSPITALARES



CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos (o) a pesquisador (a) Suélem Barros de Lorena, a desenvolver o seu projeto de pesquisa “Rede de atenção à saúde para doenças reumatológicas no estado de Pernambuco”, que está sob a coordenação/orientação do(a) Prof. (a) Dr. Eduardo Maia Freese de Carvalho cujo objetivo é analisar a estrutura e operacionalização da rede de atenção à saúde para doenças reumatológicas no estado de Pernambuco, vinculado ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães / Fiocruz, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

A aceitação está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados e materiais coletados, exclusivamente para os fins da pesquisa.

Recife, em 21 / 12 / 15

Célia M. B. de Castro

Nome/assinatura e carimbo do responsável pela Instituição ou pessoa por ele delegada

Profª Célia M. B. Castro
Gerente de Ensino, Pesquisa
e Extensão - HC/UFPE
SIAPE: 1245581

HC-UFPE Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária - Recife/PE
CEP: 50670-420 Tel: (81) 2126.3953 / 2126.3984 Fax: 3453.3675
e-mail: hcdiretoria@ufpe.br

Apêndice L – Carta de Anuência Secretaria Estadual de Saúde (PE)



SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO NA SAÚDE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 18 de maio de 2016.

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE PARA DOENÇAS REUMATOLÓGICAS NO ESTADO DE PERNAMBUCO**, da pesquisadora: **SUÉLEM BARROS DE LORENA**, (doutoranda em Saúde Pública) da Instituição Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, sob orientação do Prof. Dr. **Eduardo Maia Freese de Carvalho** nas dependências das Secretarias: Secretaria Executiva de Vigilância em Saúde, Secretaria Executiva de Atenção a Saúde e Secretaria Executiva de Regulação em Saúde e afirmo que esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.

Juliana Siqueira
Juliana Siqueira Santos

Diretora Geral de Educação em Saúde
Juliana Siqueira
Diretora Geral de Educação
na Saúde - SESIPE
Matrícula nº 363.975-4

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519 – Bongá – Recife – PE
CEP: 50.751-530 - Fone: 3184-0031/ 3184-0032/ 3184-0033