

Papel de Hospital Universitário na rede de atenção reumatológica

Role of University Hospital in the rheumatological care network

Suélem Barros de Lorena^{1,2}, José Eudes de Lorena Sobrinho^{3,4}, Aline Ranzolin⁵, Ângela Luzia Branco Pinto Duarte⁵, Petrônio José de Lima Martelli⁶, Eduardo Maia Freese de Carvalho¹

DOI: 10.1590/0103-1104201912304

RESUMO Os objetivos deste artigo são descrever e analisar o papel de um Hospital Universitário na Rede de Atenção à Saúde para pacientes reumatológicos no estado de Pernambuco. Realizou-se estudo transversal com abordagem qualitativa e quantitativa. Foram entrevistados informantes-chave da Secretaria Estadual de Saúde e do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. Dados secundários foram extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Em 2016, foram atendidos 4.530 usuários com Doenças Reumatológicas no hospital, média de idade de 52 anos, maioria mulheres (79%), oriundos de 164 municípios pernambucanos com concentração na 1ª região de saúde. A entrada dos pacientes é regulada, havendo protocolo de acesso para avaliar perfil e indicar subespecialidade de atendimento em reumatologia. Existe protocolo único no hospital e são garantidos exames laboratoriais e alguns por imagem; há infusão de imunossupressores no serviço, quando indicada clinicamente. Como fragilidades, apontam-se alto absenteísmo e dificuldades em compartilhar cuidado com a atenção básica, apesar da alta responsável adotada. O Hospital Universitário analisado parece cumprir sua missão institucional e funcionalidade, dando resolutividade aos casos pelos quais se torna responsável e preenchendo, muitas vezes, as lacunas assistenciais da média complexidade do Sistema Único de Saúde.

PALAVRAS-CHAVE Hospitais universitários. Hospitais de ensino. Reumatologia. Assistência à saúde. Atenção à saúde.

ABSTRACT *The objectives of this paper was to describe and analyze the role of a University Hospital in the Health Care Network for rheumatological patients of Pernambuco state. A transversal study with qualitative and quantitative approach was carried out. Key-informants from the Health State Secretary and Clinical Hospital of the Federal University of Pernambuco were interviewed. Secondary data were extracted from the National Registry of Health Establishments. In 2016, 4.530 patients with Rheumatologic Diseases were treated at the hospital, mean age of 52 years old, mostly women (79%), from 164 municipalities in Pernambuco with concentration in the 1st health region. Patients' admission is regulated, with an access protocol to evaluate profile and indicate subspecialty of care in rheumatology. There is a single protocol in the hospital and laboratory and some imaging tests are assured; there is infusion of immunosuppressants in the service, when clinically indicated. As weaknesses, high absenteeism and difficulties in sharing care with primary care are pointed out, despite the high responsibility adopted. The University Hospital analyzed seems to fulfill its institutional mission and functionality, giving resolution to the cases for which it becomes responsible and filling, often, the assistance gaps of the average complexity of the Unified Health System.*

KEYWORDS *Hospitals university. Hospitals teaching. Rheumatology. Delivery of health care. Health care (public health).*

¹Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Instituto Aggeu Magalhães (IAM) - Recife (PE), Brasil.

²Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS) - Recife (PE), Brasil.

³Universidade de Pernambuco (UPE), Faculdade de Ciências Médicas (FCM) - Santo Amaro (PE), Brasil. eudeslorena@hotmail.com

⁴Centro Universitário Tabosa de Almeida (Asces-Unita) - Caruaru (PE), Brasil.

⁵Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE) - Recife (PE), Brasil.

⁶Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - Recife (PE), Brasil.



Introdução

Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, igualmente importantes, de comunicação horizontal e coordenados pela Atenção Primária à Saúde (APS). 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^{1,2}.

O conceito de rede foi descrito pela primeira vez no Relatório Dawson, em 1920, que destaca a importância da coordenação de um sistema para a melhoria do funcionamento de serviços e da prestação de cuidados³. No Brasil, a implantação e a implementação das RAS são temas recentes, que têm sido amplamente divulgados, com fundamentação em experiências internacionais exitosas na atenção a pessoas idosas, saúde mental, doenças cardiovasculares e doenças respiratórias crônicas². No entanto, observa-se que a assistência às Doenças Reumatológicas (DR), temática abordada nesta pesquisa, ainda não está sendo devidamente valorizada nas pautas de discussões da gestão pública e carece de publicações científicas, apesar de estas serem patologias fortemente representadas na rotina clínica.

Em decorrência da cronicidade do quadro algico e da complexidade de sintomas físicos e emocionais que envolvem esses pacientes, nota-se, na prática, uma incessante busca pela integralidade do cuidado. Itinerários terapêuticos são alvos de estudo quando se aborda pacientes portadores de doenças crônicas⁴, o que retoma a reflexão acerca da incansável procura por tratamento e do déficit organizacional na assistência pública.

Nesse contexto, o Hospital Universitário (HU) pertence a uma instituição de ensino

superior estadual ou federal e tem como perfil de trabalho a implementação da educação profissional e a realização de pesquisa e desenvolvimento de inovações, bem como o atendimento de grande volume de pacientes. Oferece internação e atendimento ambulatorial, que servem de âncora para o SUS e são de valor essencial para muitos pacientes, além de seu papel principal no tratamento de doenças raras e casos complexos^{5,6}.

Assim, a presente pesquisa teve como objetivos descrever e analisar o papel de um HU na RAS para pacientes reumatológicos no estado de Pernambuco (PE).

Material e métodos

Trata-se de um estudo transversal com abordagem qualitativa e quantitativa, parte de pesquisa de doutorado em Saúde Pública, desenvolvido em 2017 no estado de Pernambuco (PE), atualmente composto por 12 regiões de saúde. Teve aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos e está registrado sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 52526616.5.0000.5190, seguindo os preceitos éticos exigidos.

A coleta de dados foi realizada na Secretaria Estadual de Saúde (SES/PE) e no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco (HC/UFPE), que é um HU administrado pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), referência em PE no atendimento secundário e terciário em reumatologia.

Foram entrevistados informantes-chave da SES/PE (n=3): coordenadores das secretarias executivas de vigilância em saúde, atenção à saúde e regulação em saúde. No HC/UFPE, foram entrevistadas a chefia da divisão de gestão do cuidado, a coordenação do serviço de reumatologia e a coordenação do setor de regulação (n=3). Ao todo, seis entrevistas semiestruturadas foram conduzidas e gravadas, elaboradas com base na proposta de Mendes⁷. Depois de realizadas, as entrevistas

foram transcritas e, em seguida, analisadas e interpretadas à luz da metodologia de Bardin⁸.

Os discursos dos entrevistados foram apresentados por meio de números aleatórios com a finalidade de preservar a identidade dos sujeitos participantes, associados às categorias de análise obtidas através do método empregado: papel do hospital na RAS; alta demanda de atendimento em reumatologia no hospital; escassez de médicos especialistas em reumatologia no interior; ferramentas para a organização da RAS; e integração do hospital com outros pontos da RAS.

Dados primários foram obtidos diretamente dos setores administrativos do HC/UFPE, referentes ao ano de 2016: número de pacientes reumatológicos regulados; municípios de origem, idade e sexo desses pacientes. Dados secundários foram obtidos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sistema de informação de domínio público. Os dados foram tabulados no Microsoft Excel 2010 for Windows e analisados estatisticamente por meio do cálculo de médias e percentuais.

Resultados e discussão

Papel do hospital na RAS

A área de reumatologia faz parte da Unidade de Sistema Musculoesquelético da Divisão de Gestão do Cuidado da Gerência de Atenção à Saúde do HC/UFPE. Por se tratar de um HU, 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.

O HC/UFPE é reconhecido pela SES/PE como local de referência terciária e secundária, juntamente com o Hospital Universitário Oswaldo Cruz e as Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada (Upae):

Temos oferta de atendimento médico em reumatologia nas UPAE de Belo Jardim, Afogados da Ingazeira, Serra Talhada, Salgueiro, Garanhuns e Petrolina. Apenas três das nove Upae (Limoeiro, Arcoverde e Ouricuri) não dispõem de reumatologistas. (Entrevistado 1).

Deste modo, o HC/UFPE é um diferencial na assistência aos pacientes reumatológicos da rede estadual. No entanto, críticas precisam ser tecidas no que diz respeito ao papel social do HC/UFPE enquanto HU. Segundo Machado e Kuchenbecker⁹, o HU deve ser visto como uma instituição vocacionada primordialmente à formação de profissionais de saúde e não apenas à prestação de serviço.

Alta demanda de atendimento em reumatologia no hospital

No total, 4.530 usuários foram atendidos no ambulatório de reumatologia do HC/UFPE, 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. Desse total, 79% corresponderam a pessoas do sexo feminino (n=3.622) e 21% a pessoas do sexo masculino (n=908).

Vê-se que o número de pacientes atendidos é elevado, abrindo precedentes para reflexões acerca de a superlotação do serviço comprometer parcialmente a formação acadêmica dos profissionais e graduandos envolvidos⁹.

Quanto aos municípios de origem, não havia informação referente a 104 usuários, e 53 eram provenientes de outros estados, sendo 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 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 de PE podem

ser visualizados na *tabela 1*, onde se destaca uma concentração de usuários originários da 1ª região de saúde.

Tabela 1. 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%
Caruaru (4ª região)	293	6,66%
Garanhuns (5ª região)	88	2%
Arcoverde (6ª região)	106	2,41%
Salgueiro (7ª região)	38	0,86%
Petrolina (8ª região)	37	0,84%
Ouricuri (9ª região)	36	0,81%
Afogados da Ingazeira (10ª região)	44	1%
Serra Talhada (11ª região)	70	1,6%
Goiana (12ª região)	157	3,59%
Total	4.397	100%

Fonte: Banco de dados do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco.

Assim, a maior parte da demanda ainda é oriunda do Grande Recife e da Região Metropolitana (*tabela 1*), questionando-se, diante disso, a existência de lacunas assistenciais no interior e a provável dificuldade de acesso dos usuários interioranos ao atendimento especializado e à terapêutica mais específica para seus casos. Ainda nesta temática, Spedo, Pinto e Tanaka¹⁰ 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 e estar localizado na capital, há alta procura dos usuários por atendimento no HC/UFPE. 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 população¹¹.

Almeida et al.¹²⁽³³⁰⁾ 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”, acompanhando a tendência de concentração dos profissionais médicos nos grandes centros urbanos.

Escassez de médicos especialistas em reumatologia no interior

Parâmetros da Portaria federal nº 1.631, de 1º de outubro de 2015, orientam que haja um profissional reumatologista com dedicação

de 40 horas semanais para cada cem mil habitantes¹³. Considerando os dados populacionais publicados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE – 2017), que estima a população pernambucana com 9.473.266 habitantes¹⁴,

esperava-se que houvesse 95 profissionais da área trabalhando no estado. Os sistemas de informações de acesso público revelam um total de 93 vínculos de médicos reumatologistas em 2017, aproximando-se da média considerada ideal.

Tabela 2. 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
1ª (Recife)	52	52	50	60	66	63	56	59	63	65	68
2ª (Limoeiro)	4	1	4	4	3	1	1	2	2	2	2
3ª (Palmares)	3	5	4	4	1	1	1	1	1	-	1
4ª (Caruaru)	3	3	3	4	3	3	2	3	3	3	3
5ª (Garanhuns)	2	2	5	6	6	5	5	5	4	5	5
6ª (Arcoverde)	1	1	1	1	-	2	1	-	-	-	-
7ª (Salgueiro)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2
8ª (Petrolina)	3	2	2	2	1	2	2	4	3	5	6
9ª (Ouricuri)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
10ª (Afogados da Ingazeira)	1	1	1	1	1	1	2	3	3	3	3
11ª (Serra Talhada)	-	-	-	-	-	-	-	1	1	2	2
12ª (Goiana)	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
Total	69	67	70	82	81	78	70	78	82	87	93

Fonte: Elaborado pela autora a partir do CNES.

Nota: Alguns médicos podem ter mais de um vínculo público, inclusive em diferentes municípios.

Albuquerque¹⁵ justifica que a distribuição de profissionais tende a acompanhar 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 desses reumatologistas. Além disso, Albuquerque e Santos-Neto¹⁶, analisando a formação de médicos reumatologistas no Brasil, identificaram que, entre os anos 2000 e 2015, houve 1.091 novos profissionais especialistas nessa área, com forte concentração na Região Sudeste, acompanhando a tendência da oferta dos programas de residência médica no país; em PE,

desde o ano 2002, há apenas um programa de residência médica em reumatologia, que na época ofertava duas vagas, ampliando para três no ano de 2015.

Ferramentas para a organização da RAS

Acesso regulado para a gestão da clínica e a redução do absenteísmo

A entrada dos usuários no hospital a partir da regulação da SES/PE é realizada desde 2014,

porém os retornos às consultas são agendados pelo próprio estabelecimento de saúde, via sistema informatizado. Há, ainda, a possibilidade de acesso ao serviço por encaminhamento interno, denominada interconsulta. Apesar da existência de um protocolo de acesso ao serviço de reumatologia do HC/UFPE, descrito no *quadro 1*, críticas foram tecidas pela gestão do hospital quanto às dificuldades para sua operacionalização:

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 4).

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 Gerências Regionais de Saúde (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. (Entrevistado 6).

Na tentativa de amenizar tais problemas, a comunicação com a SES a respeito das vagas disponíveis tem sido feita com uma frequência maior (leia-se, mensalmente), e um ambulatório de triagem foi inserido no serviço para contrarreferenciar os pacientes ou encaminhá-los para atendimento nas subespecialidades.

Bittar et al.¹⁷, estudando o absenteísmo dos

usuários em estabelecimentos da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo no período de 2011 a 2015, identificaram que a ausência 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 resultados¹⁷.

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 a entrega do agendamento ao tempo desperdiçado de consulta com o especialista. Isto, além da perda de oportunidade de inclusão de outro paciente no serviço¹⁸.

Protocolos clínico-assistenciais

Foi elaborado um protocolo de acesso ao serviço de reumatologia do HC/UFPE, estruturado de acordo com as condições que sugerem a necessidade do tratamento, critérios de inclusão e fluxo da assistência, e as orientações para a contrarreferência.

Quadro 1. Protocolo de acesso ao serviço de reumatologia do HC/UFPE

Condições que sugerem a necessidade do encaminhamento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Artrite com duração maior do que quatro 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, TVP* associadas ou não a livedos reticulares 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 psoríase.
Incluir no encaminhamento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tempo de evolução da condição verificada; 2. Descrição das alterações encontradas; 3. Comorbidades associadas; 4. Tratamentos realizados, descritos detalhadamente; 5. Hemograma, bioquímica básica e sumário de urina.
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.
Contrarreferência	O paciente será contrarreferenciado quando não for evidenciada condição que requeira o tratamento especializado; quando receber alta definitiva do tratamento. Receberá um relatório de atendimento para ser entregue no serviço de contrarreferência, contendo o resumo do caso e as orientações necessárias para o acompanhamento.

Fonte: Banco de dados do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco, 2018.

*Tromboses Venais Profundas.

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 subespecialidade/profissional os irá atender, em razão da patologia que apresentarem. Questões relacionadas à formação profissional e consequente qualificação dos serviços de saúde foram apontadas pela SES/PE como problemas para a operacionalização dos protocolos clínicos.

Além desse atendimento ambulatorial, também é ofertada, no HU, a assistência hospitalar com internações decorrentes de problemas reumatológicos. 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:

O 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 d'ela retornar, sempre que precisar, com alguma piora do quadro, agudização, essas coisas. (Entrevistado 5).

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 usuários¹⁹. Por isto, há a preocupação em apontar o não cumprimento dos protocolos de acesso como um problema a ser solucionado no serviço de reumatologia do HC/UFPE, para facilitar o encaminhamento dos pacientes da SES/PE, uma vez que a oferta dos serviços de saúde de referência regional ou estadual (os de média ou alta complexidade) são competências das Secretarias Estaduais de Saúde²⁰, fato que ocorre em PE, seja pela rede própria do estado ou pelo setor privado conveniado.

Sistemas de apoio logístico, diagnóstico e terapêutico

A estrutura operacional da RAS recomenda que sejam organizados subsistemas de apoio logístico (enfoque para prontuário eletrônico) e de apoio (diagnóstico, terapêutico e de assistência farmacêutica)¹.

De acordo com a organização do serviço, cada usuário possui um prontuário único, que integra as informações ao longo de todo o percurso assistencial dentro do HC/UFPE. Porém, o registro neste documento não é realizado da maneira ideal:

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, a gente tá num processo aqui no hospital, de fato, de tentar fazer o prontuário ser único, no sentido de que todos os profissionais evoluam num mesmo campo, né? (Entrevistado 5).

A adoção de um prontuário eletrônico único, apontada como fragilidade do HC/UFPE pela sua inexistência, acarretaria vantagens ao acompanhamento do cuidado prestado ao paciente, especialmente entre serviços de diferentes níveis de complexidade, 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 informação²¹.

Exames laboratoriais e alguns procedimentos de diagnóstico por imagem são realizados no próprio HU, com exceção para a ressonância magnética. Enquanto isto, no estado, a regulação reconhece que persistem problemas quanto ao agendamento de procedimentos diagnósticos, dadas a limitação da contratualização da rede de serviços e a insuficiência de recursos financeiros.

Nos relatos, destacou-se, também, a infusão de imunossuppressores como um serviço específico do hospital. Quanto à assistência farmacêutica, segue o fluxo assistencial do SUS:

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 primária à saúde. 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 2).

Integração do hospital com outros pontos da RAS

Sabe-se que, pela natureza crônica das DR, uma quantidade significativa de usuários permanecerá em atendimento ambulatorial contínuo na estrutura do serviço de referência hospitalar, sobretudo diante da escassez de médicos reumatologistas no interior do estado, como se pode observar na *tabela 2*, onde se vê que 70% dos especialistas estão concentrados na 1ª região de saúde. No entanto, o compartilhamento do cuidado por serviços de diferentes densidades tecnológicas é mencionado pelos entrevistados como uma estratégia que poderia gerar bons resultados na atenção aos usuários.

Visão ampliada do papel da APS na perspectiva do cuidado aos usuários portadores de DR é ressaltada por gestores da SES/PE quando se discute a possibilidade de que, neste nível de complexidade, seja ofertada assistência de forma longitudinal, a partir da compreensão da cronicidade das patologias:

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 contrarreferência para que o paciente seja visto em dois níveis de complexidade, no mínimo. (Entrevistado 3).

Para o gestor do HC/UFPE, o papel do hospital pode ser mais amplo do que a oferta de assistência especializada, alcançando um nível de funcionamento como apoio matricial à 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. (Entrevistado 6).

No mais, elucida-se uma fragmentação da atenção à saúde e pouca prioridade para a temática das DR em Pernambuco, destacando-se, inclusive, a influência exercida pelos distintos órgãos gestores dos serviços assistenciais:

Nós temos uma rede fragilizada em função da forma de gerenciamento das unidades. Nós temos um HU 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 1).

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, e a existência de um protocolo de acesso ao serviço de reumatologia e a resolutividade dos pacientes ingressos no hospital, por meio da garantia da 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 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 tais situações clínicas²².

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 usuários²³. Na concepção de Tsiachristas²⁴, 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 cuidados²⁴.

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 prestada¹¹. A APS tem capacidade para resolver cerca de 80% dos motivos que levam alguém a demandar serviços de saúde¹. Os problemas de saúde que não forem solucionados na APS 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 isto que os serviços de atenção secundária e terciária são oferecidos em unidades de abrangência regional¹¹.

Por fim, as Upae citadas neste estudo 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 complexidade²⁵.

Conforme definido nessa 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 APS ligadas às secretarias municipais de saúde, não havendo 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 12 regiões de saúde²⁵.

Conclusões

O HU analisado parece cumprir sua missão

institucional e funcionalidade, dando resolutividade para os casos pelos quais se torna responsável e preenchendo, muitas vezes, as lacunas assistenciais da média complexidade do SUS. No entanto, indica-se a necessidade de melhorias, como um sistema eficiente de referência e contrarreferência de pacientes, que contemple o princípio da regionalização no planejamento, organização e gestão de redes de ações e serviços de saúde voltados para reumatologia.

Recomenda-se, em pesquisas futuras, o aprofundamento de temas como admissão ambulatorial e hospitalar do paciente portador de DR mediado por protocolos clínico-assistenciais em perspectiva da regulação de serviços, no âmbito do sistema de saúde, posto que foram limitações deste estudo.

Colaboradores

Lorena SB (0000-0001-8664-9967)* participou de todas as etapas de planejamento e construção da pesquisa, e aprovou a versão final do manuscrito. Lorena Sobrinho JE (0000-0001-7820-735X)*, Martelli PJJ (0000-0001-6920-6435)* e Carvalho EMF (0000-0002-8995-6089)* contribuíram para a análise e interpretação dos dados, revisão crítica do conteúdo e participaram da aprovação da versão final do manuscrito. Ranzolin A (0000-0002-8260-2288)* contribuiu para a revisão crítica do conteúdo e facilitou o acesso ao HU. Duarte ALBP (0000-0001-6434-9939)* facilitou o acesso ao HU. ■

*Orcid (Open Researcher and Contributor ID).

Referências

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(5):2297-2305.
3. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc. Saúde Colet.* 2010; 15(5):2307-16.
4. Cabral ALLV, Martínez-Hemáez A, Andrade EIG, et al. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2011; 16(11):4433-42.
5. Jacobsen C, Burmester GR, Detert J. Interface between university medicine and patient care. *Z Rheumatol.* 2014; 73(6):520-5.
6. Lobo MSC, Rodrigues HC, André ECG, et al. Lins MPE. Dynamic network data envelopment analysis for university hospitals evaluation. *Rev. Saúde Pública* [internet] 2016 [acesso em 2018 jun 3]; (50):1-12. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050006022.pdf.
7. Mendes EV. A modelagem das redes de atenção à saúde. Minas Gerais: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; 2007.
8. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
9. Machado SP, Kuchenbecker R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciênc. Saúde Colet.* 2007; 12(4):871-7.
10. Spedo SM, Pinto NRS, Tanaka OY. O difícil acesso a serviços de média complexidade no SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. *Physis (Rio J.)*. 2010; 20(3):953-72.
11. Solla J, Chioro A. Atenção ambulatorial especializada. In: Giovanella L, organizadora. Políticas e sistemas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2014. p. 547-76.
12. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde Soc.* 2016; 25(2):320-35.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria federal nº 1.631, de 1º de outubro de 2015. Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. *Diário Oficial da União*. 2 Out 2015.
14. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativas da população residente no Brasil e unidades da Federação com data de referência em 1º de julho de 2017 [internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2017. [acesso em 2018 maio 2]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2017/estimativa_dou_2017.pdf.
15. Albuquerque CP. Inequalidade na distribuição de reumatologistas no Brasil: correlação com local de residência médica, Produto Interno Bruto e Índice de Desenvolvimento Humano. *Rev. Bras. Reumatol.* 2014; 54(3):166-71.
16. Albuquerque CP, Santos-Neto LL. Evolução da formação de reumatologistas no Brasil: a opção pela residência médica. *Rev. Bras. Reumatol.* 2017; 57(6):507-13.
17. Bittar OJNV, Magalhães A, Martines CM, et al. Absenteísmo em atendimento ambulatorial de especialidades no estado de São Paulo. *BEPA, Bol. Epidemiol. Paul.* 2016; 13(152):19-32.
18. Cavalcanti RP, Cavalcanti JCM, Serrano RMSM, 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 Pes-

- soa-PB, Brasil. *Tempus*. 2013 [acesso em 2018 maio 10]; 7(2):63-84. Disponível em: <http://www.tempus-sactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1344>.
19. Damázio LF, Gonçalves CA. Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde: caminhos e perspectivas. Rio de Janeiro: Elsevier; 2013.
 20. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS. Brasília, DF: MS; CNSMS; 2007.
 21. Patrício CM, Maia MM, Machiavelli JL, et al. O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? *Sci. Med.* 2011; 21(3):121-31.
 22. Ignácio DS. Alta hospitalar responsável: em busca da continuidade do cuidado para pacientes em cuidados paliativos no domicílio, uma revisão integrativa [dissertação]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2017. 69 p.
 23. Santana RR, Costa C. A integração vertical de cuidados de saúde: aspectos conceituais e organizacionais. *Rev. port. saúde pública*. 2008; (7):29-56.
 24. Tschristas A. Finding the royal way to stimulate and evaluate integrated care in Europe. *Inter. J. Care Coord.* 2015; (18):48-50.
 25. Pernambuco. Lei nº 14.928, de 22 de março de 2013. Estabelece normas de cofinanciamento de custeio e de manutenção das Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada – UPAE's, no âmbito do Estado de Pernambuco. *Diário oficial do estado de Pernambuco*. 23 Mar 2013.

Recebido em 28/02/2019
Aprovado em 04/09/2019
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve