



UNIVERSIDADE REGIONAL DO CARIRI
REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



Verônica Monaliza Gomes Gurgel

**AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA PELA
ÓTICA DOS GESTORES E EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Crato
2019

Verônica Monaliza Gomes Gurgel

**AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA PELA
ÓTICA DOS GESTORES E EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada a banca de defesa do Mestrado Profissional Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Evanira Rodrigues Maia

Área de Concentração: Saúde da Família

Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em saúde

Crato

2019

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade Regional do Cariri – URCA
Bibliotecária: Ana Paula Saraiva CRB 3/1000

Gurgel, Verônica Monaliza Gomes.

G633a Avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência pela ótica dos gestores e equipes de atenção primária à saúde/ Verônica Monaliza Gomes Gurgel. – Crato-CE, 2019.

138p.; il.

Dissertação apresentada ao Departamento do Mestrado Profissional em Saúde da Família, da Rede Nordeste de Formação Saúde da Família, da Universidade Regional do Cariri – URCA. Área de Concentração: Saúde da Família; Linha de pesquisa: Atenção e Gestão do Cuidado em saúde

Orientadora: Prof.^a Dra. Evanira Rodrigues Maia

1. Serviços de Saúde - pessoas com deficiência; 2. Assistência à saúde, 3. Integração de sistemas, 4. Atenção primária à saúde; I. Título.

CDD: 362.1

Verônica Monaliza Gomes Gurgel

**AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA PELA
ÓTICA DOS GESTORES E EQUIPES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Dissertação de Mestrado apresentada a banca de defesa do Mestrado Profissional Saúde da Família,
da Rede Nordeste de Formação Saúde da Família, Universidade Regional do Cariri.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a. Evanira Rodrigues Maia - URCA
(Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Maria Rosilene Cândido Moreira - UFCA
(Membro Externo)

Prof^a Dr^a. Maria de Fátima Vasques Monteiro - URCA
(Membro Interno)

Prof. Dr Antônio Germane Alves Pinto - URCA
(Suplente)

Aprovado em ____ de _____ de 2020

Crato

Dedico à mainha,

Por me ensinar a respeitar as diferenças e valorizar a beleza da simplicidade...

Por me ensinar que a comunicação se efetiva com atenção e amor...

Por me fazer compreender que todos somos um, partes de um todo (o Universo), o qual organiza em rede toda capacidade de vida evolutiva...

AGRADECIMENTOS

Gratidão é a palavra que traduz todo o meu contentamento e reconhecimento das inúmeras pessoas que contribuíram para a concretização deste sonho. Faltariam laudas para tamanha leva de nomes discriminados um a um. No entanto, desculpo-me por não apor todos igualmente importantes, mas menciono, em nome de todos, algumas pessoas indispensáveis nesta empreitada.

Primeiramente, ao Criador e Governador do Universo que rege com perfeição as forças que concretizam o sonho almejado e sedimentado pelos passos da fé e do trabalho árduo;

Ao meu Pai terreno, Magliônio, modelo de determinação e inteligência, quem primeiro conquistou o título de Mestre em Saúde da Família;

A minha Mãe, Zoraide, guerreira e impulsionadora de todas as minhas vitórias, sem ela eu jamais conseguiria;

Às minhas filhas, Gabriela e Rafaela pela compreensão das ausências necessárias e por serem meu maior incentivo para me superar a cada dia;

Ao meu tio Danilo, companheiro, admirador, parceiro de todas as horas, essencial nas viagens pelos municípios para aplicar os questionários;

À minha orientadora, Evanira Maia, por respeitar minhas limitações e conduzir com maestria o burilamento desta obra;

A gerente da 17ª CRES, Luciana Barreto, que com sua simplicidade e altruísmo facilitou cordialmente este estudo;

A Gestão de Lavras da Mangabeira por compreender minhas ausências do trabalho quando em atividades do mestrado;

Ao corpo de professores da RENASF/URCA em nome da professora Fátima Antero, que tornou possível a aquisição de conhecimento de maneira proativa e empoderadora.

A minha estatística Amanda, que tornou compreensível um emaranhado de números e mostrou a luz onde parecia escuro;

A minha prima Talita, que não mediu esforços para me ajudar quando eu não tinha mais forças.

A Andréia irmã que o mestrado me presenteou, nela que me inspirava para acreditar que eu também conseguiria.

Namastê.

“Em todas as escalas da natureza, encontramos sistemas vivos alojados dentro de outros sistemas vivos – redes dentro de redes. Os limites entre estes sistemas não são limites de separação, mas limites de identidade. Todos os sistemas comunicam-se uns com os outros e partilham seus recursos, transpondo seus limites. (...) A ideia central desta concepção sistêmica e unificada da vida é a de que o seu padrão básico de organização é a rede.” (Fritjof Capra)

RESUMO

Reconhece-se a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) como uma iniciativa para priorizar as necessidades assistenciais de saúde da pessoa com deficiência (PcD), por meio da disponibilização de ações de promoção, tratamento e reabilitação, através de serviços de atenção primária, secundária e terciária. Desse modo, o objeto da pesquisa é o estágio de desenvolvimento de uma RCPD. Pretende-se avaliar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência a fim de responder ao objeto da pesquisa, identificar as áreas críticas do desempenho da rede e investigar se existe uma rede regionalizada com serviços integrados e cuidados coordenados pela APS. Estudo de caso, com abordagem quantitativa. Utilizou-se um questionário fechado graduado em escala de 0 a 3, com 174 itens, os quais versam sobre as sete dimensões que constituem uma RAS: população, APS, Pontos de Atenção Secundários e Terciários, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos, Sistemas de Governança e Modelo de Atenção à Saúde. O somatório dos escores classifica o estágio de desenvolvimento da Rede desde Incapacidade para operação de RASs: sistema fragmentado, à Capacidade ótima para operar RASs: redes integradas de atenção à saúde. Os resultados expostos em gráficos revelaram áreas críticas como: uma territorialização incompleta, uma APS reconhecidamente porta de entrada, entretanto não consegue ser coordenadora dos cuidados dentro de uma rede por lacunas comunicacionais existentes entre ela e os serviços assistenciais dos diferentes níveis, por quase inexistência de prontuários eletrônicos e contrarreferências, assim como lacunas comunicacionais entre APS e os sistemas de apoio e logísticos por escassez de linhas guias e protocolos. Evidenciou-se uma governança indiferente, distante do conhecimento dos profissionais e gestores e um modelo de atenção à saúde fragmentado. Alguns serviços especializados como Centro Especializado em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas inexistem. O estágio de desenvolvimento da Rede se evidencia com a média classificada como capacidade básica para operar RASs: rede de atenção à saúde incipiente. Os serviços de saúde na Região de Saúde investigada não se organizam de forma integrada em Rede.

Palavras chaves: Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência; Pessoas com Deficiência; Assistência à Saúde; Integração de Sistemas; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Disabled People's Care Network (RCPD) is recognized as an initiative to prioritize the health care needs of people with disabilities (PwD), through the provision of promotion, treatment and rehabilitation through care services. primary, secondary and tertiary. Thus, the object of research is the development stage of an RCPD. The aim is to evaluate the Disability Care Network in order to respond to the research object, identify critical areas of the network's performance and investigate whether there is a regionalized network with integrated services and PHC-coordinated care. Case study with quantitative approach. We used a closed questionnaire graduated in scale from 0 to 3, with 174 items, which deal with the seven dimensions that constitute an ASR: population, PHC, Secondary and Tertiary Care Points, Support Systems, Logistic Systems, Governance and Health Care Model. The sum of the scores classifies the development stage of the Network from Disability to operate RASs: fragmented system to Optimal capacity to operate RASs: integrated health care networks. The results presented in tables revealed critical areas such as: incomplete territorialization, PHC admittedly a gateway, however it cannot be coordinator of care within a network due to communication gaps between it and the care services of the different levels, due to the lack of electronic medical records and counter-references, as well as communication gaps between PHC and support and logistics systems due to lack of guidelines and protocols. There was an indifferent governance, far from the knowledge of professionals and managers and a fragmented health care model. Some specialized services like Specialized Rehabilitation Center (REC) and Orthopedic Workshops do not exist. The development stage of the Network is evidenced by the average classified as basic capacity to operate RASs: incipient health care network. Health services in the Health Region investigated are not organized in an integrated manner in the Network.

Keywords: Health Services for People with Disabilities; Disabled people; Health care; Systems integration; Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Adaptações das questões do instrumento de coleta de dados. Crato – CE, 2019	34
Quadro 2 -	Indicadores e variáveis relacionados ao desenvolvimento da RCPD, dimensão população. Crato-CE, 2019	38
Quadro 3 -	Indicadores e variáveis relacionados ao desenvolvimento da RCPD, dimensão APS. Crato-CE, 2019	39
Quadro 4 -	Indicadores e variáveis relacionados ao desenvolvimento da RCPD, dimensão sistemas de apoio. Crato-CE, 2019	41
Quadro 5 -	Indicadores e variáveis relacionados ao desenvolvimento da RCPD, dimensão sistemas logísticos. Crato-CE, 2019	43
Quadro 6 -	Indicadores e variáveis relacionados ao desenvolvimento da RCPD, dimensão sistema de governança da rede. Crato-CE, 2019	45
Quadro 7 -	Indicadores e variáveis relacionados ao desenvolvimento da RCPD, dimensão modelo de atenção à saúde. Crato-CE, 2019 ..	46
Quadro 8 -	Distribuição de equipes ESF existentes, equipes participantes da pesquisa e gestores por cidade. Crato-CE, 2019	54
Quadro 9 -	Áreas Críticas X Áreas Fortalecidas para o desempenho da RCPD. Crato-CE, 2019	96

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição das questões avaliativas da dimensão população da RCPD segundo os escores. Crato-CE, 2019	55
Gráfico 2 -	Distribuição das questões avaliativas da dimensão Atenção Primária à Saúde da RCPD segundo os escores. Crato-CE, 2019	57
Gráfico 3 -	Distribuição das questões avaliativas da dimensão pontos de atenção secundários, terciários e intersetoriais da RCPD segundo os escores. Crato-CE, 2019	60
Gráfico 4 -	Distribuição das questões avaliativas da dimensão sistemas de apoio segundo os escores. Crato-CE, 2019	64
Gráfico 5 -	Distribuição das questões avaliativas da dimensão os sistemas logísticos segundo os escores. Crato-CE, 2019	66
Gráfico 6 -	Distribuição das questões avaliativas da dimensão sistemas de governança segundo os escores. Crato-CE, 2019	68
Gráfico 7 -	Distribuição das questões avaliativas da dimensão modelos de atenção à saúde segundo os escores. Crato-CE, 2019	70

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Identificação com o objeto do Estudo.....	12
1.2 Recorte do Objeto do Estudo e Justificativa	12
1.3 Questões, Hipótese e Objetivos da Pesquisa.....	17
1.4 Hipótese	17
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 Objetivo geral	18
2.2 Objetivos específicos.....	18
3REVISÃO	DA
.....	LITERATURA
.....	19
3.1 Regionalização e Redes de Atenção à Saúde.....	19
3.2 Direitos da pessoa com deficiência e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) como aquisição de direito	21
3.3 Integração da Atenção Primária à Saúde (APS) com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)	24
3.4 Redes de Atenção à Saúde: desafios para sua avaliação	27
4 MÉTODO.....	30
4.1 Tipo do estudo.....	30
4.2 Área e período do estudo	30
4.3 Participantes, amostra e amostragem:.....	31
4.4 Coleta de dados.....	32
4.5 Instrumento de coleta de dados	34
4.6 Variáveis do estudo.....	38
4.7 Organização, tratamento e análise de dados.....	48
4.8 Referencial Teórico	50
4.9 Aspectos éticos.....	52

5 RESULTADOS.....	54
6 DISCUSSÃO	73
6.1 Dimensão População: Territorialização	73
6.2 Dimensão Atenção Primária em Saúde: Coordenação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	75
6.3 Dimensão Pontos de Atenção Secundários, Terciários e Intersetoriais: Atenção Integral	77
6.4 Dimensão Sistemas de Apoio: Assistência Farmacêutica e Diagnóstica....	84
6.5 Dimensão Sistema Logístico: Estrutura Comunicacional da Rede	85
6.6 Dimensão Sistema de Governança: Estrutura Organizacional	87
6.7 Dimensão Modelo de Atenção à Saúde: Fragmentado x Integrado.....	88
6.8 Implicações.....	90
7 CONCLUSÃO	93
8 PRODUTO DA DISSERTAÇÃO: MATRIZ SÍNTESE DOS RESULTADOS E OPORTUNIDADES.....	96
REFERÊNCIAS.....	99
ANEXO A - PARECER DO CEP.....	108
ANEXO B - ANUÊNCIA DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE	112
ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE MENDES (ORIGINAL)	113
ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE MENDES ADAPTADO À RCPD	124
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAL DA APS).....	135
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (GESTOR).....	137
APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO	139

1 INTRODUÇÃO

1.1 Identificação com o objeto do Estudo

O desejo de desnudar os percalços em torno da organização dos serviços disponíveis às pessoas com deficiência em uma Região de Saúde enquanto iniciativa de conformação em rede foi, sem dúvida, a força motriz desse estudo.

A vivência na atenção primária durante doze anos como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), somada aos oito anos de experiência em serviço de saúde hospitalar de nível terciário no setor de traumatismo-ortopedia, possibilitou-me contato com públicos diversos. Sendo que, as pessoas que apresentam algum tipo de deficiência, seja congênita ou adquirida, sempre me sensibilizaram com maior intensidade, pois indago quais serão as dificuldades enfrentadas ao longo de seu trajeto na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

De um lado, a dificuldade de acompanhamento e vínculo dessas pessoas com a Atenção Primária à Saúde (APS); por outro, a insuficiência de serviços de saúde que atendam às suas demandas integralmente, tendo como aspectos de complicação a fragmentação da comunicação ao longo da RAS, o que prejudica um atendimento humanizado e resolutivo a esse público.

Essas indagações são impulsionadas por uma realidade local, na qual a assistência a essa clientela é negada ainda nas primeiras necessidades de acesso às órteses e às próteses, a transporte adaptado, a serviços de reabilitação, o que se configuram verdadeiros entraves à equidade e integralidade, pressupostos basilares do Sistema Único de Saúde (SUS).

Desse modo, conhecer a realidade dos municípios que integram a Região de Saúde a que estou inserida como profissional de saúde faz-se necessário para compreensão de como está organizada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em pauta, uma vez que essa foi pactuada em 2012 pelos seus gestores municipais e o gestor regional, entretanto pouco se sabe acerca de sua estruturação e funcionamento para o devido encaminhamento pelos profissionais da APS, a fim de proporcionar a expansão e fortalecimento dela.

1.2 Recorte do Objeto do Estudo e Justificativa

A presente investigação tem como objeto de estudo “o estágio de desenvolvimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)” em uma região de saúde. Selecionou-se como campo de investigação a Região de Saúde da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRES), microrregião de Icó, no interior do Ceará, Brasil.

Para tanto, procurou-se investigar os três elementos principais de uma RAS conforme Mendes (2010): o primeiro, população; o segundo, estrutura operacional, que contempla cinco componentes: centro de comunicação (Atenção Primária à Saúde), pontos de atenção (secundária e terciária), sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica, de teleassistência e de informação em saúde), sistemas logísticos (registro eletrônico em saúde, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde) e sistema de governança (da rede de atenção à saúde); e o terceiro elemento da RAS, modelo de atenção à saúde.

Compreende-se a conformação em redes como estratégia primordial para organização dos serviços de saúde no Brasil. As redes se configuram na disponibilização de pontos de atenção primário, secundário e terciário que devem se comunicar de forma articulada para atender integralmente uma população adscrita. Esse entendimento se coaduna com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), integralidade, universalidade, equidade, descentralização, regionalização, hierarquização, resolubilidade e participação social (AMARAL; BOSI, 2016).

Embora a concepção de redes seja uma estratégia para sedimentar os princípios e diretrizes do SUS, sua instrumentalização só se formalizou em 2010 com a Portaria 4.279 que estabelece diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Essa Portaria as define como um arranjo organizativo de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas (BRASIL, 2017).

Para atender às diversas necessidades de saúde da população, as RAS assumem distintas nomenclaturas conforme o público atendido. São redes prioritárias no Brasil: Rede Cegonha, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Apoio Psicossocial e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2017).

Na intenção de superar lacunas assistenciais e organizacionais na atenção à saúde da pessoa com deficiência, é que a Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) foi instituída. Sua consolidação, em parte, perpassa pela

capacidade de articulação entre os pontos de atenção (Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e Atenção Hospitalar) (PEREIRA, 2016; DUBOW, 2018; MACHADO, 2017).

A RCPD, normatizada pela Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, tem a Atenção Primária em Saúde (APS) como porta preferencial de entrada e deve coordenar os cuidados para os outros níveis de atenção com ações qualificadas para a prestação de assistência nos Centros Especializados de Reabilitação (CER) (BRASIL, 2017).

Compõe a RCPD a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências (CER), a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência articulados com o acesso regulado em cada ponto da atenção para atender às necessidades individuais e coletivas. Tem-se como finalidade promover acesso e acessibilidade, comunicação, manejo clínico, prevenção e recuperação das perdas funcionais (BRASIL, 2012a).

Essa organização busca prover atenção qualificada à população com qualquer tipo de deficiência, prioriza um público demasiadamente significativo da população em geral. Segundo a OMS (2012), a população mundial estimada com algum tipo de deficiência ou incapacidade corresponde a 15%, ou seja, mais de um bilhão de pessoas em todo o mundo.

No Censo do Brasil de 2010, 45,6 milhões de pessoas declararam-se com algum tipo de deficiência, o que corresponde a 23,9% da população brasileira. No Estado do Ceará, 2.340.150 pessoas declararam viver com algum tipo de deficiência, correspondendo a 27,69% da população do Estado, superando os indicadores nordestinos de (26,63%) e nacionais (23,92%) (IBGE, 2010).

Estratificando a estatística nacional das pessoas com deficiência, levando em consideração apenas as deficiências severas, tem-se: seis milhões (3,14%) com grande dificuldade de enxergar e 506.377 (0,2%) sem enxergar; 1,7 milhões (0,9%) com grande dificuldade auditiva e 344.206 (0,2%) não ouvem; 3,7 milhões (2%) apresentam grande dificuldade de locomoção e 734.421 (0,4%) não conseguem de modo algum se locomover; 2,6 (1,36%) milhões com deficiência mental/intelectual (IBGE, 2010).

Cabe salientar que as perguntas presentes no censo demográfico de 2010 buscavam captar a percepção da população sobre sua dificuldade em ouvir, enxergar e caminhar ou subir escadas, mesmo contando com facilitadores como aparelhos auditivos, lentes de contato e bengalas. O questionário buscava também identificar deficiência intelectual através da compreensão do informante sobre a dificuldade em realizar suas atividades habituais (IBGE, 2010).

Remete-se a este fato o número demasiado elevado de pessoas consideradas com deficiência. Uma releitura destes dados pelo IBGE, seguindo instruções internacionais criteriosas, identifica pessoas com deficiência apenas os indivíduos que responderam ter muita dificuldade ou não consegue de modo algum em uma ou mais questões do tema apresentadas no questionário do Censo 2010. Desse modo, o quantitativo de pessoas com deficiência passa a ser 12.748.663, ou 6,7% do total da população registrado pelo Censo Demográfico 2010 (IBGE, 2018).

Esta releitura dos dados tem maior aproximação do encontrado na região de saúde de Icó, na qual se contabilizam 3.331 pessoas com deficiência, aproximadamente 2% de sua população, dados levantados pelas respectivas secretarias municipais de saúde (CEARÁ, 2013).

É imperativo destacar que medidas devem ser tomadas pela gestão no sentido de garantir acesso aos serviços de saúde em tempo hábil, em todos os níveis assistenciais sem entraves, principalmente, quando se refere aos serviços destinados às pessoas com deficiência (PcD), uma vez que o tratamento de saúde em tempo oportuno e a reabilitação precoce legam resultados positivos. Do contrário, o atraso no acesso contribui para potencializar seus agravos, diminuir a qualidade de vida, comprometer a dependência funcional e, conseqüentemente, acarretar o aumento dos custos sociais e financeiros por demandar cuidados em níveis de atenção cada vez mais complexos (TÔRRES et al., 2011).

Em teoria, os serviços organizados por um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde tendem a funcionar de maneira equilibrada e resolutiva. Entretanto, a fragmentação causa baixo desempenho aos serviços de saúde, por dificuldade de acesso, perda de continuidade da assistência, incoerência entre oferta e demanda, uso inadequado dos recursos e insatisfação do usuário (MENDES, 2011). Essas fragilidades se exacerbam ainda na precariedade dos mecanismos de

referência e contra referência e no desconhecimento do desenho da rede pelos profissionais da APS (SANTOS; GIOVANELLA, 2016; RODRIGUES, 2014).

Por consequência, estudos de RAS em diferentes regiões evidenciam demanda reprimida e atrasos na oferta de serviços, repetições desnecessárias de procedimentos e/ou perda de histórias clínicas, duplicações de provas diagnósticas, ações voltadas para condições agudas ou eventos agudos das condições crônicas, médico especialista assumindo definitivamente o cuidado do usuário, ao invés de assumir a condição de interlocutor com a APS (OPS, 2008; MENDES, 2011; CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015; DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018).

Essa problemática evidencia redes em processo de implantação inicial, distantes ainda da integração almejada. Admite-se que entre a fragmentação e a integração da rede existem estágios diferenciados, de modo que não há sistema totalmente fragmentado ou integrado. A integração dos sistemas de atenção à saúde envolve um conjunto de abordagens que abrange coordenação, cooperação ou integração por meio dos sistemas de atenção à saúde. Mendes (2011) nomeia alguns estágios de integração em que as RAS podem operar: sistema fragmentado, rede em estágio inicial, rede em estágio avançado e rede integrada.

A criação da RCPD demonstra um avanço para a sociedade na medida em que esquematiza o caminho a ser percorrido dentro de um conjunto de ações e serviços essenciais e complementares a serem disponibilizados. Entretanto, pouco se sabe sobre a comunicação desses serviços entre si quanto à regulação do atendimento, formas de acesso e vazios assistenciais.

Justifica-se dessa forma, a necessidade de estudos que revelem a realidade local de regiões de saúde, no sentido de mostrar as fortalezas e fragilidades das RAS, onde estagia o processo de implantação da rede e seu nível de integração, a que distância do ideal ela se encontra e em que ela conseguiu evoluir.

Santos e Giovanella (2016) e Campos, Souza e Mendes (2015) afirmam que há insuficiência de estudos empíricos que forneçam evidências sobre a implantação das RAS para auxiliar na tomada de decisão, o que torna a tarefa de avaliar a integração nos diferentes níveis de atenção (primário, secundário, terciário), sistemas logísticos, sistemas de apoio e sistemas de governança na RAS um grande desafio para gestores e pesquisadores. Dessa forma, a relevância do estudo não se

restringe à região de desenvolvimento da pesquisa, mas ao panorama de atenção à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS no país.

Infer-se que a pesquisa tem mérito por considerar as especificidades de uma parcela significativa da população, que muitas vezes enfrenta dificuldades de acesso no que diz respeito aos seus direitos de saúde, sem que seja dada a devida importância pelas autoridades responsáveis. Traz à tona, ainda, a comunicação e a articulação de uma RCPD, possibilitando desnudar os nós críticos e contribuir com o planejamento para superá-los.

Essa temática fornecerá subsídios para os gestores realizarem a reorganização das RCPD, enquanto suporte estratégico para reestruturar e adequar os serviços de saúde de seus municípios a partir das fragilidades e fortalezas identificadas. Será relevante também para o espaço acadêmico, pois implicará produção de novos conhecimentos envolvendo a temática, e os resultados irão contribuir para pesquisas na área da atenção e gestão do cuidado em saúde, linha de pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF na qual estão inseridas as pesquisadoras do estudo.

1.3 Questões, Hipótese e Objetivos da Pesquisa

Em decorrência da problemática, destacam-se questões centrais à pesquisa. Desse modo, intenciona-se responder aos seguintes questionamentos:

- ✓ Quais as áreas críticas do desempenho da rede?
- ✓ Em que estágio de desenvolvimento se encontra a RCPD?
- ✓ Consegue-se viabilizar uma rede regionalizada com serviços integrados e cuidados coordenados pelos profissionais da APS?

1.4 Hipótese

Assume-se como hipótese que a rede de saúde a ser investigada funciona em estágio inicial de implantação, apresentando lacunas na comunicação e na disponibilidade dos serviços que devem compor uma RCPD, com uma comunicação insuficiente entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os pontos de atenção.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever a estrutura operacional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência à luz da percepção das equipes de saúde da família e gestores da Região de Saúde em estudo;
- Avaliar a articulação da Atenção Primária à Saúde com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- Identificar áreas críticas do desempenho da rede investigada;
- Verificar o estágio de desenvolvimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Regionalização e Redes de Atenção à Saúde

Entende-se como modelo organizacional sistêmico, o Sistema Único de Saúde (SUS), uma vez que resulta da integração de ações e serviços públicos para atender às demandas de saúde enquanto interação dinâmica e contínua das múltiplas dimensões que interferem no bem-estar biopsicossocial. Deve, dessa forma, disponibilizar serviços de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de forma regionalizada e hierarquizada com respaldo na constituição de 1988 a fim de atender aos princípios basilares: universalidade, integralidade e equidade (SANTOS et al., 2017).

O processo de implantação do SUS se inicia com o movimento de descentralização político-administrativa para os entes subnacionais de governo entre 1988 a 2000 (VIANA et al., 2018). Institucionalizada por meio das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS), a descentralização representa a redemocratização nacional após 21 anos de ditadura militar. Inicia-se, dessa forma, o processo de fortalecimento político, administrativo e financeiro dos entes interfederativos com responsabilidades compartilhadas entre as esferas gestoras (PEREIRA; LIMA; MACHADO, 2018).

A descentralização, desse modo, amplia a autonomia dos entes subnacionais e favorece o municipalismo. Entretanto, as divergências sociais, demográficas e econômicas intermunicipais impõem limites à execução das atribuições desses municípios. Surge então a necessidade de se reunirem e se organizarem em Regiões de Saúde (SANTOS; GIOVANELA, 2013). Nesse interim, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), publicada no ano de 2000, determina a organização dos serviços de saúde em redes regionalizadas e propõe o Plano Diretor Regional (PDR), para o ordenamento do processo de regionalização (ALVES; MAGALHÃES; COELHO, 2017).

O PDR desenha o território estadual em Regiões Ampliadas de Saúde (macrorregiões), estas se subdividem em Regiões de Saúde (microrregiões), com a finalidade de organizar a oferta de serviços de saúde nos três níveis de atenção (básica, média e alta complexidade). Por meio desse documento, as políticas

públicas de saúde são planejadas em nível regional e são definidos os fluxos dos usuários entre os municípios de cada região. O PDR orienta a otimização da distribuição dos equipamentos de saúde, na qual os diferentes níveis de atenção à saúde têm correspondentes regionais específicos. Aos municípios compete a atenção básica ou primária e as ações de vigilância à saúde; à Região de Saúde ou microrregião cabe a atenção de média complexidade ou secundária e à região ampliada de saúde ou macrorregião a atenção de alta complexidade ou terciária (FARIA, 2018).

A Região de Saúde foi promulgada pelo Decreto nº 7.508 de 2011, o qual lhe confere a importância de um espaço privilegiado para a indução e a integração das políticas, da expansão do financiamento intergovernamental cooperativo, objetivando a garantia da integralidade no acesso ao sistema e explicita estratégias de planejamento regional (MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017).

Em tese, as Regiões de Saúde se constituem de uma base geográfica autossuficiente, composta por municípios limítrofes que compartilham de rede de comunicação e infraestruturas de transporte, com a finalidade de ofertar serviços de saúde de forma integral e articulada entre si (BRASIL, 2011). Nesse formato, os serviços que não são ofertados internamente nos municípios são referenciados para outros, de modo que os maiores possam disponibilizar serviços de maior densidade tecnológica.

Esses serviços devem estar acordados no Contrato Organizativo de Ação Pública da Saúde (COAPS), documento que formaliza o compromisso e a coparticipação dos entes públicos, e possibilita assumirem suas responsabilidades sanitárias dentro da regional conforme realidade político--administrativa e socioeconômica de cada unidade subnacional (BRASIL, 2011; TESTON et al., 2019).

Ademais, é responsável por negociar, planejar, gerir e executar os compromissos firmados nesse contrato a Comissão Intergestora Regional (CIR), formada por Secretários de Saúde de Estado e dos Municípios que compõem as regiões de saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (ALBUQUERQUE et al., 2018).

A fim de ofertar serviços de saúde para diferentes linhas de cuidados em uma ou várias regiões de saúde, cria-se as Redes de Atenção à Saúde (RAS), por

meio da portaria nº 4.279 de 2011, na perspectiva de suplantar a fragmentação há muito reproduzida no modelo de atenção que prioriza ações reativas aos eventos agudos, comprovadamente ineficazes. Dá-se início, dessa forma, à discussão, planejamento e implantação das RAS, com prioridade para áreas estratégicas como: materno-infantil, atenção psicossocial, doenças crônicas, urgência e emergência e cuidados à pessoa com deficiência, nominadas redes temáticas (BRASIL, 2014).

Muito embora, saiba-se que em geral, há dificuldades da constituição das RAS, bem como a articulação entre Atenção Primária em Saúde (APS) e os outros níveis de atenção (EVANGELISTA et al., 2019), a conformação dos serviços de saúde em redes, sem dúvida, é a melhor opção para organizar e operacionalizar o SUS para garantir a continuidade do cuidado (SILVA, 2011).

Em um cenário de necessidades complexas, no qual se compreende a saúde atrelada à noção de bem-estar, a comunicação efetiva entre os diferentes pontos de atenção e a integração entre os serviços e ações que os compõem é meta para possibilitar a concretização de um sistema de saúde que se denomina universal, integral, equânime e gratuito.

3.2 Direitos da pessoa com deficiência e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) como aquisição de direito

A aquisição de direitos se dá paulatinamente, de degrau a degrau, ao longo das décadas, por meio de movimentos sociais realizados pela sociedade civil organizada. Não é diferente quando se fala daquelas pessoas que, por circunstâncias congênitas, ou acidentais venham a apresentar algum tipo de limitação física (motora, visual, auditiva) ou intelectual, o que lhes lega, na maioria das vezes, as desvantagens das oportunidades desiguais, as quais não consideram suas limitações.

A começar pela terminologia que lhes designa, a qual ao longo dos anos sofreu diversas mudanças. Pode-se citar: pessoa deficiente, portadora de deficiência e pessoas com necessidades especiais. Como também aqueles termos utilizados para se referir às deficiências intelectuais: débil, anormal, retardado mental, indivíduo anormal, indivíduo excepcional e pessoas com necessidades educativas especiais (PNEE) (UNASUS, 2017).

Estas denominações expressam preconceito advindo do entendimento ora reducionista (pessoa deficiente), ora de posse (portador de deficiência) e de exclusão (débil, retardado). Diante de tais variações terminológicas, o termo atualmente aceito, pessoa com deficiência (PcD), o qual se refere a alguém que vive com alguma deficiência, assim como possui outras características, não sendo a personificação reducionista de uma deficiência, aponta um avanço em relação ao reconhecimento enquanto pessoas de direitos na sociedade (UNASUS, 2017).

A criação da Organização das Nações Unidas (ONU) em 1945, e a promulgação da Declaração Universal dos Direitos Humanos em 1948 proporcionou maior visibilidade, e culminou em tratados internacionais como o tratado de Salamanca em junho de 1994 e a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em 2006 (SANTOS, 2018).

Marco importante, a Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiências, instituída pela Organização das Nações Unidas em 9 de dezembro de 1975, na qual enfatizou a igualdade de direitos civis e políticos, e o acesso aos serviços de saúde para as pessoas com deficiência (DAMASCENO, 2015).

A ONU declarou o ano de 1981 como Ano Internacional da Pessoa Deficiente, e levou às pautas de discussão internacionalmente sobre a situação das pessoas com deficiência. O principal desdobramento foi a aprovação pela Resolução nº 37/52, realizada em três de dezembro de 1982, do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiências (BRASIL, 2008).

No Brasil, em 1988 com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, Cap. II, Artigo 23º, descreve-se como competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios: cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências (BRASIL, 1988).

Posteriormente, a Política Nacional da Pessoa com Deficiência foi aprovada, na forma de anexo, pela Portaria MS/GM nº 1.060, de 5 de junho de 2002. Essa Política preza pela reabilitação da pessoa com deficiência, a proteção à sua saúde e à prevenção dos agravos que determinem o aparecimento de deficiências, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações articuladas entre os diversos setores da sociedade e a efetiva participação social (SANTOS, 2018).

Aprova-se em 2007, por meio do Decreto Legislativo nº 186, o texto da ONU referente à Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência e seu protocolo facultativo, o qual representou um marco para que as pessoas com deficiência fossem tratadas com igualdade e respeito. A convenção trouxe preceitos para garantir acessibilidade e autonomia para as pessoas deficientes a fim de derrubar barreiras e construir uma sociedade igualitária. Em 2008, essa Convenção foi incorporada à legislação brasileira, com equivalência de emenda constitucional, nos termos previstos no Artigo 5º, § 3º da Constituição brasileira (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Na perspectiva dos avanços legais, o governo federal do Brasil lança o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite, por meio do Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011. Este impulsionou a criação, em 2012, da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência para implantar, qualificar e monitorar ações de reabilitação nos Estados e municípios. A política estimula a articulação entre os serviços para garantir ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação (PARANÁ, 2014).

Os serviços de saúde que integram a RCPD devem contemplar os seguintes componentes, sem prejuízo de seus desdobramentos e interdependências: Atenção primária à Saúde contemplada por Equipe de Saúde da Família (ESF) com ações estratégicas para detecção precoce de deficiência, prevenção de acidentes e quedas, criação e implantação de linhas de cuidado específica, educação permanente, atenção domiciliar, entre outros; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Atenção Odontológica especializada para esse público por meio do CEO; Atenção Especializada em Reabilitação (auditiva, física, intelectual, auditiva, visual) por meio do Centro Especializado em Reabilitação (CER II, III, IV) com no mínimo duas modalidades de reabilitação, ainda com apoio da oficina ortopédica e transporte sanitário adaptado; Atenção Hospitalar e de urgência e emergência com classificação de risco e leitos de reabilitação hospitalar (BRASIL, 2012a).

Reafirmando o direito de assistência à saúde da pessoa com deficiência, a lei brasileira de inclusão, Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, no seu Artigo 2º, “considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo

de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. A referida lei explicita que é dever do estado assegurar à pessoa com deficiência o direito à saúde por meio de uma “atenção integral em todos os níveis de complexidade, por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo o acesso universal e igualitário” (Art. 18) e “promovendo o bem-estar pessoal, social e econômico” (Art. 8) (BRASIL, 2015).

Percebe-se uma soma de ganhos legais à pessoa com deficiência ao longo dos anos. Concorda-se que a aquisição de direitos necessita de respaldo legal, entretanto, para garantir sua efetivação, faz-se necessário que os seus beneficiados reconheçam e se apropriem dessa aquisição para reivindicarem sua aplicabilidade. Acredita-se que a distância entre o ideal e o real se faz em questão de tempo, persistência e luta.

3.3 Integração da Atenção Primária à Saúde (APS) com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD)

Falar de Sistema Único de Saúde (SUS) enquanto processo em construção dinâmica e gradual nos reporta às estratégias adotadas para auxiliar na sua consolidação. Uma delas, relevante na efetivação desse processo é a Rede de Atenção à Saúde (RAS), a qual deve ser coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS) (BOUSQUAT et al., 2019).

No Brasil, a APS exerce função primordial na garantia da assistência à pessoa com deficiência por ter adscrita sua clientela, devendo estar identificada por critérios epidemiológicos e sanitários, ser primeiro contato dentro da rede, prestar assistência no primeiro nível e proceder aos devidos encaminhamentos quando necessário para os pontos de atenção secundários e terciários, acompanhar o percurso do usuário na RCPD, o que favorece a formação de vínculo com o indivíduo e a família, assim como, a coordenação do cuidado (ALENCAR et al., 2014).

A assistência da equipe de saúde da APS à mulher no pré-natal e puerpério, assim como o acompanhamento da criança na puericultura, favorece a identificação precoce da deficiência infantil. Essa característica confere a este

serviço vital importância para que o mesmo seja elo para os serviços de reabilitação antecipadamente, forme laços de confiança com a família e o acompanhamento ao longo do tempo. Todo esse processo requer uma rede de amparo imbricada em vários arranjos. Comumente a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e a Rede Cegonha estão presentes no primeiro momento de vida e devem diagnosticar precocemente alterações no crescimento e desenvolvimento da criança (DIAS, 2019).

A função de coordenar está intrinsecamente relacionada à capacidade de comunicação e articulação com os outros serviços da rede, de modo a garantir o acesso aos diferentes níveis de assistência para atender integralmente as necessidades de saúde de uma população. Nesse âmbito, esta integralidade nos remete à integração enquanto articulação entre os serviços de saúde. E no âmbito do SUS, esse processo deve ser potencialmente organizado com foco na coordenação da APS (HARTZ, 2004).

Amorim e Medeiros Neta (2018) afirmam que fatores importantes presentes na APS e que favorecem a atenção integral à pessoa com deficiência são as visitas domiciliares, ações de reabilitação e o apoio matricial. Este último propicia a interdisciplinaridade, o cuidado integral, amplia o acesso e, potencializa uma ação integrada e articulada (FONSECA et al., 2014).

Estudo desenvolvido nas cinco regiões brasileiras sobre integração da APS na rede assistencial do SUS evidenciou que aquelas equipes que tinham apoio matricial viabilizado pelo trabalho da ESF em parceria com o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF), as que tinham o hábito de realizar discussão de caso, ação clínica compartilhada, construção conjunta de projetos terapêuticos, atividade de educação permanente, discussão de processo trabalho, intervenções no território e realização de visitas domiciliares, apresentavam melhor desempenho e conseqüentemente, melhor integração na rede. Além do mais, problemas de integração conseguiram ser resolvidos em outros países fortalecendo a APS (CHAVES et al., 2015).

Entende-se, dessa forma, que o arranjo organizacional das RAS tem centralidade na APS, e sua habilidade de coordenar evoca a articulação com os outros pontos de atenção da rede. Essa integração depende do funcionamento de algumas dimensões, a saber: política, estrutura e organização. A primeira se

relaciona com a capacidade dos gestores municipais e estaduais exercerem uma boa comunicação entre si para planejarem e pactuarem ações e serviços; a segunda diz respeito às condições mínimas necessárias ao desenvolvimento das atribuições da APS; e a terceira, a organização dos serviços e ações da mesma e sua integração aos outros níveis de atenção são essenciais para a garantia da integralidade do cuidado. Para ser efetiva, essa organização requer planejamento, monitoramento e avaliação incorporados no cotidiano da gestão (BOUSQUAT, 2019).

A adoção de outras portas de entrada que não a APS, como por exemplo, hospitais, e serviços especializados de policlínicas fragilizam a coordenação da APS e fragmenta a disposição dos serviços, se opondo à conformação em rede. Entretanto, para facilitar a integração dos serviços, a conduta dos profissionais de saúde é crucial, uma vez que são eles quem constrói a comunicação entre si e com os usuários ao longo da rede. A conceituação de saúde e doença a qual tenham interfere diretamente na maneira de intervir e se relacionar com o outro. Desse modo, faz-se necessário que os profissionais que compõem a RCPD estejam capacitados para lidar com o seu público alvo (AMORIM et al., 2018).

Cabe salientar que algumas estratégias de comunicação devem ser adotadas a fim de preservar os registros e garantir a continuidade da assistência com o mínimo de perda de informação, são eles: referência e contra-referência conforme Pereira (2016), agendamento direto pela APS de exames e serviços especializados, e o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) (MENDES, 2011).

Monteiro, Santos e Santos (2019) definem o (PEP) como um importante veículo de comunicação entre os profissionais, que favorece a continuidade da assistência, previne repetição de procedimentos desnecessários e proporciona a atenção integral ao cliente.

Para a superação de lacunas existentes na RCPD, faz-se necessário o fortalecimento da coordenação da APS com a finalidade de garantir um cuidado integral à pessoa com deficiência, pois é sabido que a consolidação de uma rede se dá com a capacidade de articulação e integração da APS com os outros pontos da rede (Atenção Especializada e Hospitalar) (PEREIRA, 2016).

3.4 Redes de Atenção à Saúde: desafios para sua avaliação

A Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) reconhece a organização dos serviços de saúde em Redes de Atenção à Saúde (RAS) como opção à superação de um sistema fragmentado e com baixa resolutividade, o qual enfraquece grande parte dos sistemas de saúde no mundo e no Brasil. Como forma de esquematizar estratégias de organização, planejamento e avaliação de uma rede, propôs os elementos que deveriam constituir Redes de Atenção à Saúde (RAS): população, APS, serviços especializados, sistemas de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação), sistemas logísticos (cartão de identificação do usuário, prontuários compartilhados, acesso regulado e o transporte sanitário) e sistema de governança (OPAS, 2008).

Corroborando com a OPAS, Mendes (2011) esquematiza os elementos que devem compor uma RAS, classificando-os em três: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde. O primeiro elemento, a população, circunscrito a uma área delimitada, deve estar adscrita a uma equipe de APS, e estar estratificada em relação às suas condições de saúde. O segundo elemento, estrutura operacional, é formado pelos pontos de atenção das redes e pelas interações materiais e imateriais que permeiam esses diferentes serviços. A estrutura operacional se subdivide em cinco componentes: centro de comunicação; pontos de atenção à saúde secundários e terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos e sistemas de governança.

O papel de centro de comunicação da rede deve ser exercida pela APS, primeiro componente da estrutura operacional, figura central que deve coordenar a referência e a contrareferência entre os diferentes níveis de assistência à saúde ao longo do tempo, com manutenção do vínculo com a população adscrita para garantir a continuidade do cuidado e a integralidade da assistência à saúde (MENDES, 2008).

Os pontos de atenção secundários e terciários, segundo componente da estrutura operacional, são serviços que devem complementar a assistência da APS no que se refere a necessidades de saúde mais complexas, detém tecnologias mais densas, entretanto não mais importantes, pois compõem uma rede poliárquica, na qual não há hierarquia ou subordinação entre eles. O terceiro componente da

estrutura operacional das RAS, os sistemas de apoio, compreendem o conjunto de serviços diagnósticos, terapêuticos, assistência farmacêutica e sistemas de informação, os quais estão presentes em todos os níveis de assistência (OLIVEIRA, 2016).

O quarto componente, sistema logístico, materializa-se com as tecnologias de informação e tem como principal função exercer a comunicação entre os pontos de atenção e os sistemas de apoio. São eles: prontuário eletrônico, cartão nacional do SUS, acesso regulado e sistema de transportes. O quinto e último componente da estrutura operacional das RAS, sistemas de governança, gere todos os componentes da rede, atribuindo-se às Comissões Intergestoras essa função. Comissão intergestora Tripartite (CIT) a nível federal, Comissão Intergestora Bipartite na esfera estadual e Comissão Intergestora Regional na esfera regional (OLIVEIRA, 2016).

Já o terceiro elemento constitutivo da RAS, o modelo de atenção à saúde, refere-se ao modo como se organizam as RAS em suas relações profissionais e usuários, qual enfoque dado à condição de saúde das pessoas, migrando desde um modelo fragmentado, responsivo aos eventos agudos, até o integrado que incorpora ações de promoção, prevenção e controle de agravos (MENDES, 2011).

O grande desafio para implantação de redes de atenção à saúde está na proposta de integralidade da atenção à saúde de seus usuários. Esta proposta perpassa pela capacidade que um conjunto de serviços de saúde possui para oferecer ações de promoção, prevenção, cura, reabilitação e palição através de uma ótica interdisciplinar exercida pela articulação de profissionais inseridos em equipes multidisciplinares e intersetoriais para uma atenção contínua que engloba integração dos cuidados primários, secundários e terciários com os sistemas de apoio e sistemas logísticos (OLIVEIRA, 2016).

Corroborando com esta compreensão de rede a Portaria nº 4.279 que estabelece as diretrizes da RAS no âmbito do SUS e cita os atributos essenciais das RAS: População e territórios definidos; estabelecimentos de saúde prestando serviços nos diversos níveis de complexidade; APS como primeiro contato; mecanismos de coordenação; continuidade do cuidado e assistência integral fornecidos de forma continuada; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades, levando em consideração as particularidades de cada um;

Integração entre os diferentes entes federativos a fim de atingir um propósito comum; ampla participação social; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos suficientes; sistema de informação integrado; ação intersetorial e financiamento triparte (BRASIL, 2010; OLIVEIRA, 2016).

Desse modo, serviços de saúde trabalhando articulados, com uma comunicação efetiva entre si são reconhecidos como Pontos de Atenção organizados em Rede de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES, 2011), sendo essencial que a APS exerça seu papel de coordenadora do cuidado, que haja uma governança a qual opere de forma homogênea toda a rede, com objetivos comuns intermunicipais e sistemas de apoio e logísticos bem estruturados com boa comunicação entre APS e os demais níveis de assistência a fim de proporcionar o cuidado integral e contínuo e superar o modelo de saúde fragmentado atual.

4 MÉTODO

4.1 Tipo do estudo

A investigação se caracteriza como estudo de caso, pois corroborando com Ventura (2007), investigou um caso específico, contextualizado em tempo e espaço, a fim de realizar uma busca circunstanciada de informações. Optou-se pela abordagem quantitativa para avaliar o estágio de desenvolvimento da RCPD em questão a partir dos elementos da rede propostos por Mendes (2011), os quais agregam dimensões que conformam uma rede de atenção à saúde e evidenciam o estágio de desenvolvimento de uma RAS.

Yin (2015) afirma que o estudo de caso se aplica quando o estudo se propõe a explicar como uma circunstância ou fenômeno contemporâneo se processa em seu contexto, podendo utilizar evidências quantitativas e ser muito útil para fazer uma avaliação. Sua relevância se justifica quando suas questões exigirem uma descrição ampla e profunda.

A abordagem quantitativa faz uso de ferramentas que quantificam com base numa escala, o grau de desenvolvimento de uma determinada característica e seus respectivos estágios de desenvolvimento (LAKATOS; MARCONI, 2010), adequando-se, desse modo, ao objeto de investigação.

4.2 Área e período do estudo

O estudo foi realizado na Região de Saúde de Icó, a qual contempla as cidades: Baixio, Cedro, Icó, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Orós e Umari. Localiza-se na mesorregião centro-sul do estado do Ceará, tendo como limites ao norte os municípios Jaguaribe, Pereiro e Solonópole; ao sul os municípios Aurora, Caririaçu e Grangeiro; ao leste Quixelô, Iguatu, Cariri e Várzea Alegre; ao oeste os estados da Paraíba e Rio Grande do Norte. Compõe a macrorregião Cariri, terceira maior do estado em relação ao número de habitantes (CEARÁ, 2013).

Tem como município polo Icó, por dispor de maior resolutividade na média complexidade, sendo referência em exames de imagem e consultas especializadas para os outros municípios. Os municípios que compõem esta região de saúde

comportam um somatório de 171.156 habitantes. Icó concentra a maior parcela dessa população, sendo 65.900, o que corresponde a 38.5%, seguido por Lavras 31.073 (18,15%), Cedro com 24.622 (14,38%), Orós com 21.294 (12,44%), Ipaumirim com 12.080 (7,05%), Umari com 7.562 (4,41%) e Baixio com 6.072 (3,54%) (CEARÁ, 2016).

Na APS dessa Região de Saúde há 53 Equipes de Saúde da Família em atividade, que contam com o apoio de um Hospital Regional, um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), um Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II), um Centro de Nutrição, um Núcleo de Apoio ao Saúde da Família II (NASF II), situados em Icó; duas maternidades, uma em Ipaumirim e outra em Orós, dois hospitais de pequeno porte, um em Lavras e outro em Umari; uma clínica de fisioterapia em Lavras da Mangabeira; quatro CAPS I, um em Lavras da Mangabeira, um em Cedro, um em Baixio e um em Orós; três Centro Especializado em Odontologia (CEO), um em Icó, um em Cedro e um em Orós; dois Núcleo de Apoio ao Saúde da Família I (NASF I), um em Icó e um em Cedro (CNES, 2019).

Para autorização da realização da pesquisa foi coletado inicialmente o termo de anuência (APENDICE A) do gestor regional. A escolha do cenário se deu especialmente por ser a Região de Saúde na qual se insere o contexto profissional da pesquisadora, viabilizando o contato e acesso para coleta de dados, que se deu entre os meses de maio a setembro de 2019.

4.3 Participantes, amostra e amostragem:

Para melhor apreensão do objeto, a investigação se fez com a participação dos gestores e das equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) os quais são responsáveis diretos pela coordenação do cuidado numa Rede de Atenção à Saúde.

Participaram como gestores os Secretários Municipais de Saúde dos sete municípios que compõem a 17ª CRES e a orientadora da região de saúde (gestora regional), totalizando oito gestores. Foram convidados a participar da pesquisa representando as equipes de APS, os profissionais de nível superior (médicos, dentistas e enfermeiros) que atuam nas 53 equipes de ESF. Elencou-se os

profissionais da APS devido sua maior familiaridade com os componentes da investigação, constituintes do instrumento da coleta de dados.

Como critério de inclusão para participação na investigação, elegeu-se os profissionais supracitados que se fizeram presentes no momento da reunião previamente agendada, ou no local de trabalho quando visitados, com disponibilidade para responderem o instrumento de coleta de dados (ANEXO B). Já como critério de exclusão se aplicou aos profissionais que estavam afastados de suas funções assistenciais por quaisquer motivos.

Desse modo, optou-se pela amostragem por conveniência, uma vez que, primeiramente foi tentada coleta durante reuniões agendadas com os profissionais da ESF, como segunda tentativa, a visita em suas unidades de trabalho, sendo eleito para responder ao instrumento aquele profissional que dispusesse de tempo para tal, sem prejuízo do atendimento de sua clientela. Onze equipes não participaram por ter esgotadas as duas tentativas previamente citadas. As mesmas não tinham presentes nenhum dos seus profissionais em reunião previamente agendada, nem disponibilidade para responder o questionário quando visitados em suas unidades de trabalho.

Das quarenta e duas equipes participantes, quarenta foram respondidas por enfermeiro devido menor demanda de atendimento nos dias procurados, e apenas dois médicos. Esse fato coincide com outros estudos do mesmo Programa de Pós-graduação da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF), ao qual pertence esse estudo, os quais tiveram também a mesma dificuldade de coleta de dados com os profissionais médicos e dentistas.

Cabe salientar que a presença de ao menos um profissional de cada equipe foi suficiente para responder o instrumento, uma vez que foi aplicado um instrumento por equipe. Optou-se pela estratégia de resolução de um questionário por equipe para minimizar perdas decorrentes de profissionais que não tivesse disponibilidade para o estudo.

4.4 Coleta de dados

O estudo foi realizado em três momentos. O **primeiro momento** consistiu na aproximação com a direção da 17ª CRES para apresentação do projeto e aplicação do instrumento à gerente regional.

No **segundo momento**, foram visitadas as secretarias de saúde municipais para apresentação do estudo aos respectivos secretários de saúde e aplicação do instrumento aos mesmos. Foi solicitada, nesta ocasião, data para agendamento de reunião local com os profissionais para coleta de dados com eles.

No **terceiro momento**, foram realizadas, em algumas cidades, reuniões com os profissionais da ESF para apresentação do estudo e aplicação do instrumento. As equipes que não tinham representantes na reunião eram visitadas em suas unidades, de modo que todas tiveram igual chance de participar da pesquisa.

As dificuldades surgidas no decorrer dessa pesquisa foram estímulo para a persistência até a conclusão. Houve resistência por parte dos secretários em permitir a ausência de seus profissionais das atividades por um turno, para em reunião responderem ao instrumento, assim, participou-se das reuniões previamente marcadas pela secretaria de saúde para outras finalidades, sendo cedido o tempo inicial para abordagem e coleta de dados.

Dos sete municípios, apenas três lograram êxito para coleta em reunião, nos outros quatro foi necessária a coleta de dados em cada unidade de saúde, tendo que revisitar cada uma dessas cidades em até três vezes, pois além do tempo de deslocamento, a resolução do instrumento levava em torno de 50 a 60 minutos para ser respondido, conseguindo-se no máximo dois instrumentos em cada turno.

Percorreu-se uma média de 4.309,8 Km em dezesseis viagens para completar a coleta, levando em consideração apenas a distância da cidade de Juazeiro do Norte, onde mora a investigadora que aplicou o instrumento, às cidades participantes, sem considerar o deslocamento para as zonas rurais.

Outra dificuldade enfrentada para coleta de dados nos locais de trabalho se deu principalmente para o odontólogo e o médico que apresentavam sempre uma demanda alta para atender, e por isso inviável participar da pesquisa. Por outro lado, os enfermeiros se mostraram disponíveis e proativos para participarem do estudo sempre que estiveram presentes na visita da pesquisadora.

4.5 Instrumento de coleta de dados

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário (ANEXO B), o qual foi adaptado a partir do questionário original elaborado por Mendes (2011) como proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (ANEXO A) para avaliação das RASs. Ambos os instrumentos são constituídos por sete dimensões: população, APS, Pontos de Atenção Secundária e Terciária, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos, Sistemas de Governança e Modelos de Atenção à Saúde contendo 174 itens, elaborado originalmente para mensurar o estágio de desenvolvimento da RAS desde uma situação hipotética de total fragmentação até o outro extremo de total integração.

Seguindo o que orienta Mendes (2011), o qual afirma que o instrumento deve ser adaptado na dimensão “Pontos de Atenção Secundários e Terciários” para se adequar a cada Rede temática, o questionário utilizado neste estudo sofreu alterações nesta dimensão, considerando uma Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD). Tomou-se como referência a portaria nº 793 de 24 de abril de 2012 que a institui a RCPD e o Decreto 7612 que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Viver sem Limites, de 17 de novembro de 2011.

Desse modo, permutou-se a sigla RAS com RCPD, acrescentaram-se instruções para preenchimento dos requisitos de atenção às pessoas com deficiência. Adaptou-se no componente “atenção primária à saúde”:

Quadro 1 - Adaptações das questões do instrumento de coleta de dados. Crato – CE, 2019.

Dimensões/Alterações	
Dimensão APS	
Onde se lê	Leia-se
25. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às mulheres e às crianças, segundo as linhas guia?	25. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às pessoas com deficiência, segundo as linhas-guia?
26. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos adolescentes e aos idosos, segundo as linhas-guia?	26. A APS conta com auxílio de NASF para atenção às PcD?
27. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos	27. A APS está adequadamente organizada para prestar os

Dimensões/Alterações	
portadores de hipertensão e de doenças cardiovasculares, de diabetes, de tuberculose, de hanseníase, de transtornos mentais, de HIV/aids, de doenças respiratórias crônicas, de doenças renais e de doenças bucais, segundo as linhas-guia?	cuidados às pessoas com deficiência com doenças bucais, segundo as linhas-guia?
Dimensão: Pontos de Atenção Secundários e Terciários	
Onde se lê	Leia-se
39. Há a oferta de hospitais/dia?	39. Há a oferta de Centro-dia de referência para PcD?
43. Há a oferta de centros de enfermagem (<i>nursing homes</i>)?	43. Há a oferta de Residências Inclusivas?
46. Há serviços hospitalares de nível terciário para os cuidados aos traumas na atenção às urgências e emergências?	46. Há serviços hospitalares de nível terciário, com leitos de reabilitação para os cuidados às pessoas com sequelas decorrentes de traumas na atenção às urgências e emergências?
47. Há serviços hospitalares de nível terciário para a atenção às urgências e emergências clínicas, especialmente as cardiovasculares?	47. Há serviços hospitalares de nível terciário, para a atenção às urgências e emergências clínicas, com leitos de reabilitação para os cuidados especialmente as pessoas acometidas por sequelas cardiovasculares?
49. Há casa de apoio à gestante e à puérpera articulada com a maternidade de alto risco?	49. Há disponibilidade de triagem auditiva neonatal em alguma dessas maternidades de alto risco?
50. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às crianças? Eles operam de forma integrada com a APS?	50. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às crianças com deficiência? Eles operam de forma integrada com a APS?
51. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados aos cânceres, especialmente de colo de útero e de mama? Eles operam de forma integrada com a APS?	51. Há serviços hospitalares de atenção terciária, com leitos de reabilitação para os cuidados com as pessoas com sequelas de cânceres? Eles operam de forma integrada com a APS?
52. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças cardiovasculares? Eles operam de forma integrada com a APS?	52. Há CEO Regional ? Ele opera de forma integrada com a APS?
53. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados ao diabetes? Eles operam de forma integrada com a APS?	53. Há CRAS? Eles operam de forma integrada com a APS?

Dimensões/Alterações	
54. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças renais? Eles operam de forma integrada com a APS?	54. Há CREAS? Eles operam de forma integrada com a APS?
Pontos de Atenção Secundários e Terciários	
Onde se lê	Leia-se
55. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças respiratórias crônicas? Eles operam de forma integrada com a APS?	55. Há serviços hospitalares de atenção terciária, com leitos de reabilitação hospitalar para cirurgias de ostomias? Eles operam de forma integrada com a APS?
56. Há serviços hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às urgências e emergências? Eles operam de forma integrada com a APS?	56. Há UPA 24h? Elas operam de forma integrada com a APS?
57. Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às urgências e emergências? Eles operam de forma integrada com a APS?	57. Há SAMU? Eles operam de forma integrada com a APS?
59. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às mulheres e às crianças? Eles operam de forma integrada com a APS?	59. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para reabilitação auditiva? Eles operam de forma integrada com a APS?
60. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados aos cânceres de mama e de colo do útero? Eles operam de forma integrada com a APS?	60. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário para reabilitação física? Eles operam de forma integrada com a APS?
61. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e das pessoas idosas? Eles operam de forma integrada com a APS?	61. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário para reabilitação visual? Eles operam de forma integrada com a APS?
62. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à hipertensão e às doenças cardiovasculares? Eles operam de forma integrada com a APS?	62. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário de atenção às pessoas ostomizadas? Eles operam de forma integrada com a APS?
63. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao diabetes? Eles operam de forma integrada com a APS?	63. Há serviços ambulatoriais especializados (oficinas ortopédicas)? Eles operam de forma integrada com a APS?

Dimensões/Alterações	
65. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças renais? Eles operam de forma integrada com a APS?	65. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às pessoas com deficiência intelectual? Eles operam de forma integrada com a APS?
Pontos de Atenção Secundários e Terciários	
Onde se lê	Leia-se
66. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças respiratórias crônicas? Eles operam de forma integrada com a APS?	66. Há CER habilitado em duas modalidades de reabilitação? Eles operam de forma integrada com a APS?
67. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao HIV/aids? Eles operam de forma integrada com a APS?	67. Há CER habilitado em três modalidades de reabilitação? Eles operam de forma integrada com a APS?
68. Há serviços ambulatoriais e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à tuberculose? Eles operam de forma integrada com a APS?	68. Há CER habilitado em quatro modalidades de reabilitação? Eles operam de forma integrada com a APS?

Fonte: Própria autora.

Esse questionário tem conformação de escala. Cada questão pontua, para melhor compreensão, da seguinte forma:

0 (zero): corresponde à não existência do que está sendo perguntado;

1 (um): existe o que está sendo perguntado, mas com um funcionamento básico ou incipiente;

2 (dois): existe o que está sendo perguntado, com um funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente;

3 (três): corresponde à sua existência em operação de forma ótima.

Nos casos em que havia o desconhecimento sobre o item investigado, foi explicado para que optasse pelo escore zero.

Para avaliação dos resultados, deve ser feita a soma do total de pontos recebidos cumulativamente ao longo das dimensões da rede avaliada. O resultado final deverá ser interpretado da seguinte forma (MENDES, 2011):

0 a 130: Incapacidade para operação de RASs: sistema fragmentado;

131 a 260: Capacidade básica para operar RASs: rede de atenção à saúde incipiente;

261 a 390: Capacidade razoavelmente boa para operar RASs: rede de atenção à saúde avançada;

391 a 522 Capacidade ótima para operar RASs: redes integradas de atenção à saúde.

Cada questão foi preenchida após uma breve discussão sobre ela.

4.6 Variáveis do estudo

As variáveis relativas ao desenvolvimento da RCPD foram divididas em sete dimensões: população, atenção primária à saúde (APS), pontos de atenção, sistema de apoio, sistema logístico, sistema de governança e modelo de atenção à saúde.

A dimensão população se refere à territorialização e foi classificada em quatro componentes: adscrição da clientela, definição de prioridades, estratificação de riscos e planejamento.

A descrição das variáveis relacionadas a esta dimensão encontra-se no quadro a seguir (quadro 2) com os devidos acréscimos e mudanças realizadas no texto.

Quadro 2 - Indicadores e variáveis relacionados ao desenvolvimento da RCPD, dimensão população. Crato-CE, 2019.

POPULAÇÃO	
INDICADOR	VARIÁVEL
TERRITORIALIZAÇÃO	Possuir todos os quesitos (0 a 3)
ADSCRIÇÃO DA CLIENTELA	População claramente definida
	Cadastro por unidade familiar
	Adscrição a uma unidade de APS
DEFINIÇÃO DE PRIORIDADES	Definição de necessidades de saúde da clientela
	Estrutura operacional da RAS em função dessas necessidades
PLANEJAMENTO	Existência do PDR
	Estrutura do PDR contempla economias de

POPULAÇÃO	
	escala, acesso, fluxo assistencial, fluxo viário, identidade cultural.
ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO	Classificação de famílias por riscos sociais Subdivisão por perfil demográfico, fatores de risco e condições de saúde estabelecidas.

Fonte: 17ª CRES-CE

A dimensão APS se refere à organização das suas equipes e foi classificada em sete componentes: responsabilização, porta de entrada, longitudinalidade, padronização do cuidado, abordagem familiar, participação popular e serviços.

A descrição das variáveis relacionadas a esta dimensão encontra-se no quadro 3 a seguir:

Quadro 3 - Indicadores e variáveis relacionados ao desenvolvimento da RCPD, dimensão APS. Crato-CE, 2019.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
INDICADOR	VARIÁVEL
COORDENAÇÃO	possuir todos os quesitos (0 a 3)
RESPONSABILIZAÇÃO	ESF tem clara a responsabilização pela população adscrita; Papéis da equipe multiprofissional bem definidos;
PORTA DE ENTRADA	Requisito encaminhamento da APS para acesso aos outros níveis de atenção; Incentivo para ser o primeiro contato preferencial na RAS
LONGITUDINALIDADE	Definição das relações APS e pontos de atenção; Registro e disponibilização de informações clínicas, epidemiológicas e gerencias; Articulação APS e pontos de atenção da rede; Vínculo estreito e contínuo equipe APS e clientela;

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
PADRONIZAÇÃO DO CUIDADO	Presença de linhas guias Utilização de Classificação de riscos e protocolos clínicos
ABORDAGEM FAMILIAR	Prontuário clínico organizado por família; Utilização de ferramentas de abordagem familiar;
PARTICIPAÇÃO POPULAR	Capacidade dos ACS para articular APS e comunidade ; Existência de Conselho Local de Saúde atuante;
SERVIÇOS	Cuidados às condições agudas/ agudização de condições crônicas
	Cuidados à PcD
	NASF
	Saúde bucal adequada À PcD
	Acompanhamento de crianças, adolescentes e idosos com deficiência

Fonte: 17ª CRES-CE

A dimensão pontos de atenção à saúde secundários, terciários e intersetoriais se refere à organização desses serviços e foi classificada em três componentes: integração, eficiência e atenção integral.

A descrição das variáveis relacionadas a esta dimensão encontra-se no quadro 3 a seguir:

Quadro 3 - Indicadores e variáveis relacionados ao desenvolvimento da RCPD, dimensão pontos de atenção à saúde secundários, terciários e intersetoriais. Crato-CE, 2019.

PONTOS DE ATENÇÃO TERCIÁRIO, SECUNDÁRIO, E INTERSETORIAL	
INDICADOR	VARIÁVEL
ESTRUTURA	possuir todos os quesitos (0 a 3) e funcionar de forma integrada à APS
INTEGRAÇÃO	Articulação entre pontos de atenção com a micro e macrorregional;
EFICIÊNCIA	Oferta de serviços com economia e qualidade; Fusão e alianças estratégicas;

PONTOS DE ATENÇÃO TERCIÁRIO, SECUNDÁRIO, E INTERSETORIAL	
	Substituição de pontos de atenção para obter assistência certa no lugar certo; Substituição hospitalar; Reforço à APS para substituição dos ambulatorios especializados;
ATENÇÃO INTEGRAL à PcD	Existência de Centro-dia de referência `PcD; Cirurgia ambulatorial; Internação domiciliar; Leitos de longa permanência; Residências inclusivas; Cuidados paliativos; Hospitais especializados em urgência e emergências clínicas, cardiovasculares e traumas; Maternidade de alto risco; Maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica; Triagem auditiva neonatal na maternidade; Hospitais pediátricos de nível terciário; Leitos de reabilitação em serviços especializados em urgências traumáticas, cardiovasculares e câncer; Ceo regional, CRAS; CREAS; Serviço hospitalar de reversão de ostomias; UPA 24h; SAMU; Serviço especializado em reabilitação auditiva; Serviço especializado em reabilitação física; Serviço especializado em reabilitação visual; Serviço especializado em reabilitação a deficiência intelectual; Serviço especializado em atenção às pessoas ostomizadas; Oficinas ortopédicas; CAPS; CER II;

PONTOS DE ATENÇÃO TERCIÁRIO, SECUNDÁRIO, E INTERSETORIAL	
	CER III; CER IV; Serviço especializado em cuidado às pessoas com Hanseníase; Linhas guias; Contra-referência; Protocolos clínicos.

Fonte: 17ª CRES-CE

A dimensão sistemas de apoio se refere à assistência farmacêutica e diagnóstica. Foi classificada em três componentes: padronização, eficiência e atividades.

A descrição das variáveis relacionadas a esta dimensão encontra-se no quadro 4 a seguir:

Quadro 4 - Indicadores e variáveis relacionados ao desenvolvimento da RCPD, dimensão sistemas de apoio. Crato-CE, 2019.

SISTEMAS DE APOIO		
INDICADOR	VARIÁVEL	
ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E DIAGNÓSTICA	possuir todos os quesitos (0 a 3)	
PADRONIZAÇÃO	Seleção de medicamentos guiadas por linhas guias; Utilização de formulário terapêutico; Protocolos clínicos para indicação de exames de imagem e sua interpretação; Protocolos clínicos que orientam indicação de exames laboratoriais, coleta, fluxo, processamento e análise de seus resultados;	
EFICIÊNCIA	Programação da assistência farmacêutica conforme as necessidades da população adscrita; Mecanismos de aquisição de insumos contemplados pela assistência farmacêutica; Mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos;	

SISTEMAS DE APOIO	
ATIVIDADES	Utilização da farmacoeconomia;
	Armazenamento de insumos farmacêuticos;
	Atenção farmacêutica;
	Conciliação de medicamentos;
	Manejo de adesão ao tratamento medicamentoso;
	Farmacovigilância;
	Sistema estruturado de exame de imagem com base em escala e qualidade;
	Sistema estruturado de exames laboratoriais com descentralização das coletas;

Fonte: 17ª CRES-CE.

A dimensão sistemas logísticos se refere à estrutura comunicacional da rede. Foi classificada em três componentes: registro, particularidades do prontuário eletrônico e integração.

A descrição das variáveis relacionadas a esta dimensão encontra-se no quadro 5 a seguir:

Quadro 5 - Indicadores e variáveis relacionados ao desenvolvimento da RCPD, dimensão sistemas logísticos. Crato-CE, 2019.

SISTEMAS LOGÍSTICOS	
INDICADOR	VARIÁVEL
ESTRUTURA COMUNICACIONAL DA REDE	possuir todos os quesitos (0 a 3)
REGISTRO	Registro unificado de dados epidemiológicos e gerenciais dos usuários; Registro unificado dos usuários por subgrupos conforme classificação de riscos; Cartão Nacional de Saúde Prontuário familiar eletrônico com acesso em rede; Prontuário eletrônico com informações desde APS, atenção ambulatorial especializada, hospitalar, exames e assistência farmacêutica;
PARTICULARIDADES DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO	Prontuário eletrônico permite emissões de receitas eletrônicas;

SISTEMAS LOGÍSTICOS	
	Prontuário eletrônico construído para emitir alertas e lembretes relativos à situação de saúde;
INTEGRAÇÃO	Agendamento de intervenções eletivas pela equipe da APS diretamente na atenção ambulatorial especializada; Agendamento de atendimento hospitalar eletivo pela equipe da APS; Agendamento de exames laboratoriais ou de imagem pela equipe de APS; Sistema de regulação das urgências e emergência com médico regulador permanente; Sistema de transporte com rotas predefinidas e comunicação em tempo real; Ambulância de suporte básico e suporte avançado; Sistema de transporte com veículos adequados para transportar usuários para procedimentos eletivos; Transporte de amostra de exames laboratoriais; Sistema de Transporte com veículos adequados para transporte de resíduos em saúde e sistemas de incineração.

Fonte: 17ª CRES-CE.

A dimensão sistema de governança da rede se refere à estrutura organizacional da rede. Foi classificada em cinco componentes: desenho, planejamento, avaliação, eficiência, contratos.

A descrição das variáveis relacionadas a esta dimensão encontra-se no quadro 6 a seguir:

Quadro 6 - Indicadores e variáveis relacionados ao desenvolvimento da RCPD, dimensão sistema de governança da rede. Crato-CE, 2019.

SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE	
INDICADOR	VARIÁVEL
ESTRUTURA ORGANIZACIONAL	possuir todos os quesitos (0 a 3)
DESENHO	Existência de estrutura organizacional de governança da RCPD; Desenho organizacional do sistema de governança; Missão, visão e valores claramente estabelecido e compartilhado por todos participantes;
PLANEJAMENTO	Plano Estratégico de Curto, Médio e Longo Prazo E Mapa Estratégico;
AValiação	Sistema de monitoramento e avaliação da RCPD; Avaliação dos usuários; Sistema de acreditação;
CONTRATO	Contratualização de prestadores de serviços próprios ou terceirizados; Contrato de serviços alinhado aos objetivos da rede; Adesão dos objetivos da rede pelos gerentes dos serviços da rede e do sistemas de apoio;
EFICIÊNCIA	Maximização da eficiência técnica e alocativa pelo gestor; Incentivo financeiro alinhados com os objetivos da rede; Mecanismos de gestão financeira; Pagamento aos prestadores de serviço (por unidade de serviço ou por procedimento, 0; por unidade de serviço ou por procedimento aliado a outra forma, 1; por orçamento global, 2; por capitação, 3 por capitação ajustada.

Fonte: 17ª CRES-CE.

A dimensão “modelo de atenção à saúde” se refere ao modo de organização dos serviços de saúde curativista/fragmentado reativo às condições agudas x integral com priorização de medidas de promoção e prevenção com

garantia de serviços de tratamento e reabilitação. Foi classificada em 10 componentes: homogeneidade; atenção às prioridades; autonomia do usuário; inovação; sistema de informação; planejamento e avaliação; linhas guias; promoção e prevenção; atenção individualizada; capacitação profissional.

A descrição das variáveis relacionadas a esta dimensão encontra-se no quadro 7 a seguir:

Quadro 7 - Indicadores e variáveis relacionados ao desenvolvimento da RCPD, dimensão modelo de atenção à saúde. Crato-CE, 2019.

MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	
INDICADOR	VARIÁVEL
CURATIVISTA X INTEGRAL	Possuir todos os quesitos (0 a 3)
HOMOGENEIDADE	Todos os pontos de atenção reconhecem o modelo de atenção adotado na rede;
ATENÇÃO ÀS PRIORIDADES	Articulação de subpopulação de risco com as intervenções; Estratificação de risco por linhas guias Linhas guias para condições prioritárias; Utilização de filas de espera; Filas de espera baseadas em classificação de ricos e vulnerabilidades; Utilização de tecnologias de gestão de casos de subpopulações com maior vulnerabilidade; Situações prioritárias definidas por linhas guias; Plano de cuidados para cada gestão de caso;
AUTONOMIA DO USUÁRIO	Ações de autocuidado apoiado; Educação em saúde para autocuidado; Empoderamento; Planejamento compartilhado do autocuidado; Plano de cuidados elaborado conjuntamente equipe e usuário; Metas para o plano de cuidados compartilhadas por equipe e usuário; Plano de cuidados realizado em conjunto com a equipe, portador da deficiência e familiares; Periodicidade de avaliação do plano de

MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	
	cuidados pelo usuário, equipe e familiares; Metas bem definidas no plano de cuidados;
INOVAÇÃO	Propõe mudanças no sistema de atenção à saúde;
REGISTRO/SISTEMA DE INFORMAÇÃO	Propõe ações no sistema de informações clínicas; Registro para cada condição de saúde; Suporte às decisões no sistema;
PLANEJAMENTO E AVALIAÇÃO	Planejamento das ações conforme condições locais; Propõe ações relativas ao desenho da RAS; Linhas guias com planilha baseada em parâmetro epidemiológico; Fluxo e contrafluxo dos usuários na rede organizado pelas linhas guias; Programação de ações na aps, atenção secundária e terciária baseada em protocolos e linhas guias para cada condição de saúde; Existência de contrato de gestão entre as equipes para cumprimento das ações programadas; Existência de incentivo financeiro ou moral no contrato para incentivo da consecução das metas; Sistema de monitoramento e avaliação presente no contrato; Auditoria clínica com base em protocolos e linhas guias; Auditoria periódica;
LINHAS GUIAS	Linhas guias baseadas em evidências com confiabilidade interna e externa; Avaliação das linhas guias prévia a implantação; Comunicação das linhas guias aos gestores e profissionais; Periodicidade de revisão das linhas guias; Linhas guias com protocolos clínicos;

MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	
PROMOÇÃO E PREVENÇÃO	Ações de promoção para toda a população adscrita; Ações de promoção voltadas para os determinantes sociais de saúde; Ações de promoção com intervenções intersetoriais; Ações de prevenção para as diferentes subpopulações com fatores de risco; Intervenções preventivas organizadas em instrumentos operacionais de uso na rede; Educação em saúde realizada por profissionais com conhecimento de educação; Educação em saúde dos usuários com base nas linhas guias; Instrumentos educacionais construídos e avaliados com base em evidências;
ATENÇÃO INDIVIDUALIZADA	Plano de cuidados para cada portador de uma condição de saúde; Utilização de tecnologia de gestão da clínica; Revisão periódica de plano de cuidados;
CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL	Educação permanente com base nas linhas guias; Educação permanente periódica; Tempo protegido para educação permanente; Educação permanente baseada em evidências e na andragogia; Educação permanente realizada por profissionais experientes em educação; Utilização de tecnologias educacionais com base em evidências;

Fonte: 17ª CRES-CE.

4.7 Organização, tratamento e análise de dados

Os escores da avaliação foram registrados manualmente no instrumento de coleta e digitados utilizando-se a planilha eletrônica do Excel for Windows 2013,

analisados estatisticamente no programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 20.0 for Windows.

Para análise das variáveis quantitativas, no caso do somatório dos escores de cada questionário, foram utilizadas as medidas de dispersão e tendência central (média, desvio padrão, moda, máxima e mínima), na qual possibilitou identificar o estágio de desenvolvimento da Rede em questão na percepção das equipes investigadas. Já para as variáveis qualitativas, utilizou-se a frequência absoluta e relativa para identificação das áreas críticas da rede, descrição da articulação da APS com a RCPD, assim como a descrição da estrutura operacional da RCPD.

Entre as variáveis qualitativas, têm-se as nominais como as questões avaliativas (1-174), cidade (1-7) e ocupação (gestor e profissional); e variáveis ordinais, são elas: os escores de 0 a 3, os quais graduem a existência e modo de operação do quesito investigado da rede. Foram realizados os testes de associação para identificação de significância entre os dados, através do Qui Quadrado (p) e razão de verossimilhança, considerando um nível de significância de 0,05.

Cruzaram-se os escores das questões avaliativas com cidade e ocupação. Para escolha das questões do cruzamento, optou-se por selecionar aquelas com o mesmo escore que foi o mais frequente da dimensão avaliada. Por exemplo, na dimensão APS, o escore mais frequente foi o 2 (existe e funciona razoavelmente bom, porém insatisfatório); então foram realizados cruzamentos das questões que obtiveram essa resposta com maior frequência.

Calculou-se a contagem esperada de cada cruzamento, sendo que, em todas houve mais de uma célula com contagem menor que cinco, sendo critério para a não utilização do Qui-quadrado de Pearson, optando-se por utilizar a razão de verossimilhança.

Posteriormente, os dados foram organizados em gráficos, sendo descritos e analisados à luz do referencial teórico-metodológico de Eugênio Vilaça Mendes, o qual especifica sete dimensões: População, APS, Pontos de Atenção Secundária, e Terciária, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos, Sistemas de Governança e Modelos de Atenção à Saúde. Para descrever as questões avaliativas, adotou-se o código Q, seguido do número da questão no instrumento de

coleta de dados (ANEXO B), por exemplo, Q1 corresponde a pergunta: há uma população claramente definida sob responsabilidade da RCPD?

4.8 Referencial Teórico

Para uma melhor compreensão do instrumento utilizado neste estudo, adentrou-se na acepção de Rede proposta por Eugênio Vilaça Mendes. Primeiramente, convém admitir que o Brasil vive um processo de transição demográfica devido a uma maior expectativa de vida, conseqüentemente, o quadro de acometimento por doenças infectocontagiosas aos poucos vem sendo substituído por doenças crônico-degenerativas, sem que as primeiras deixem de existir. Esta realidade requer adaptação no modelo de atenção à saúde (MENDES, 2008).

Se por um lado perdura a organização dos serviços de saúde voltados para atender aos eventos agudos, como as epidemias e surtos, reproduzindo um sistema reativo e fragmentado, o crescimento das doenças crônicas requer o planejamento de ações preventivas, de promoção de saúde e qualidade de vida, viabilizadas por equipes multiprofissionais e participação social (MENDES, 2011).

Desse modo, concebe-se a Atenção Primária à Saúde (APS) como primordial no arcabouço sistêmico do Sistema Único de Saúde (SUS), porta de entrada para acesso aos diferentes níveis de atenção, responsável pela continuidade da assistência, e coordenadora desse modelo organizacional, o qual se configura como Rede de Atenção à Saúde (RAS), onde os serviços de saúde são designados pontos de atenção, os quais devem funcionar integrados com boa comunicação entre si (MENDES, 2008; 2010; 2011).

Para viabilizar a coordenação da APS, faz-se necessário uma População bem definida, cadastrada e adscrita a uma equipe de saúde da família por um processo de territorialização. Assim como são de essencial importância mecanismos de comunicação entre os diferentes pontos de atenção, tais como: cartão de identificação da população, prontuário eletrônico do paciente (PEP), instrumentos eficientes de referência e contra referência, acesso regulado, transporte, os quais contemplam o Sistema Logístico (MENDES, 2011).

No intuito de atender integralmente a demanda do SUS, serviços com diferentes níveis de complexidade devem ser ofertados, dando origem aos Pontos

de Atenção Secundários e Terciários, a fim de complementarem a APS, por meio de tecnologias de maior densidade, como exames de imagem, internamentos, cirurgias, consultas especializadas, entre outros. Sendo que, não há hierarquia entre os níveis de assistência, uma vez que cada um tem igual importância dentro do seu arcabouço de prioridades, o que caracteriza uma Rede Poliárquica (MENDES, 2011).

Amparando as decisões diagnósticas e terapêuticas, devem ser disponibilizados, o mais descentralizado possível, exames laboratoriais e de imagem, assistência farmacêutica, assim como protocolos e linhas- guias, as quais padronizam, dão suporte teórico-metodológico, reduzem erros e perda de tempo desnecessária. Configura-se dessa forma, os Sistemas de Apoio (MENDES, 2008; 2011).

Ademais, para que esta conjuntura de bens e serviços funcione de maneira integrada, fluida e uniformizada, faz-se jus que os valores, princípios e objetivos desta estrutura organizacional estejam bem definidos e conhecidos por todos, a fim de proporcionar uma Governança participativa, coerente com as possibilidades reais da região e com seus princípios estratégicos, de modo a gerir toda a Rede de Atenção à Saúde (MENDES, 2011).

O Modelo de Atenção à Saúde, pode se caracterizar desde um modelo fragmentado, reativo aos problemas de saúde agudos ou agudizados, com enfoque na doença, até um modelo integrado e adaptado para atender aos problemas crônicos, com enfoque na prevenção e promoção da saúde. Este modelo de atenção, somado à maneira com que a população é reconhecida e manejada dentro do SUS, assim como se a APS consegue exercer a coordenação entre os diferentes pontos de atenção, como estes pontos de atenção se organizam e se comunicam, como os sistemas de apoio e logísticos operam, e se há uma governança efetiva revelam o estágio de desenvolvimento de uma RAS (MENDES, 2010; 2011).

Desse modo, têm-se sete dimensões essenciais para a compreensão de RAS: População, Atenção Primária à Saúde, Pontos de Atenção Secundários e Terciários, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos, Sistema de Governança e Modelo de Atenção à Saúde. Mendes compila estas sete dimensões em três grandes elementos: população, sistema operacional e modelo de atenção à saúde, sendo que o sistema operacional se subdivide em cinco componentes: APS, pontos

de atenção secundários e terciários, sistemas de apoio, sistemas logísticos, sistema de governança (MENDES, 2008; 2011).

4.9 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa foi submetido à avaliação junto à 17ª CRES do Estado do Ceará e ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Regional do Cariri para receber a anuência. Obteve-se parecer favorável do CEP sob número: 3.328.367. Aos participantes do estudo foram apresentados os objetivos da pesquisa e o modo como esta seria realizada a partir do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, para que pudessem acenar com sua anuência caso quisessem participar desta investigação, bem como desistir de sua participação a qualquer momento.

A fim de minimizar os possíveis riscos: constrangimento e atraso das atividades do trabalho devido tempo transcorrido para responder o instrumento, foram agendadas reuniões com as equipes para resolução do instrumento em dias que não tivessem atendimento, combinado com a gestão local, só partindo para coleta em local de trabalho quando a primeira opção tivesse falhado.

As informações serão divulgadas com a garantia da não identificação dos indivíduos incluídos no estudo. A pesquisa foi conduzida conforme as diretrizes contidas na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas que envolvem seres humanos e na Resolução nº 510/16 que trata de pesquisas em ciências humanas e sociais. Este estudo respeitou os preceitos da bioética, tais como: autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros. Assegurados os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012b).

5 RESULTADOS

Participaram do estudo os sete Secretários Municipais de Saúde e a coordenadora da 17ª CRES, totalizando oito gestores. Das 53 equipes de ESF dessa Região de Saúde, 42 (79,2%) participaram do estudo. A distribuição está descrita no quadro 8.

Quadro 8 - Distribuição de equipes ESF existentes, equipes participantes da pesquisa e gestores por cidade. Crato-CE, 2019.

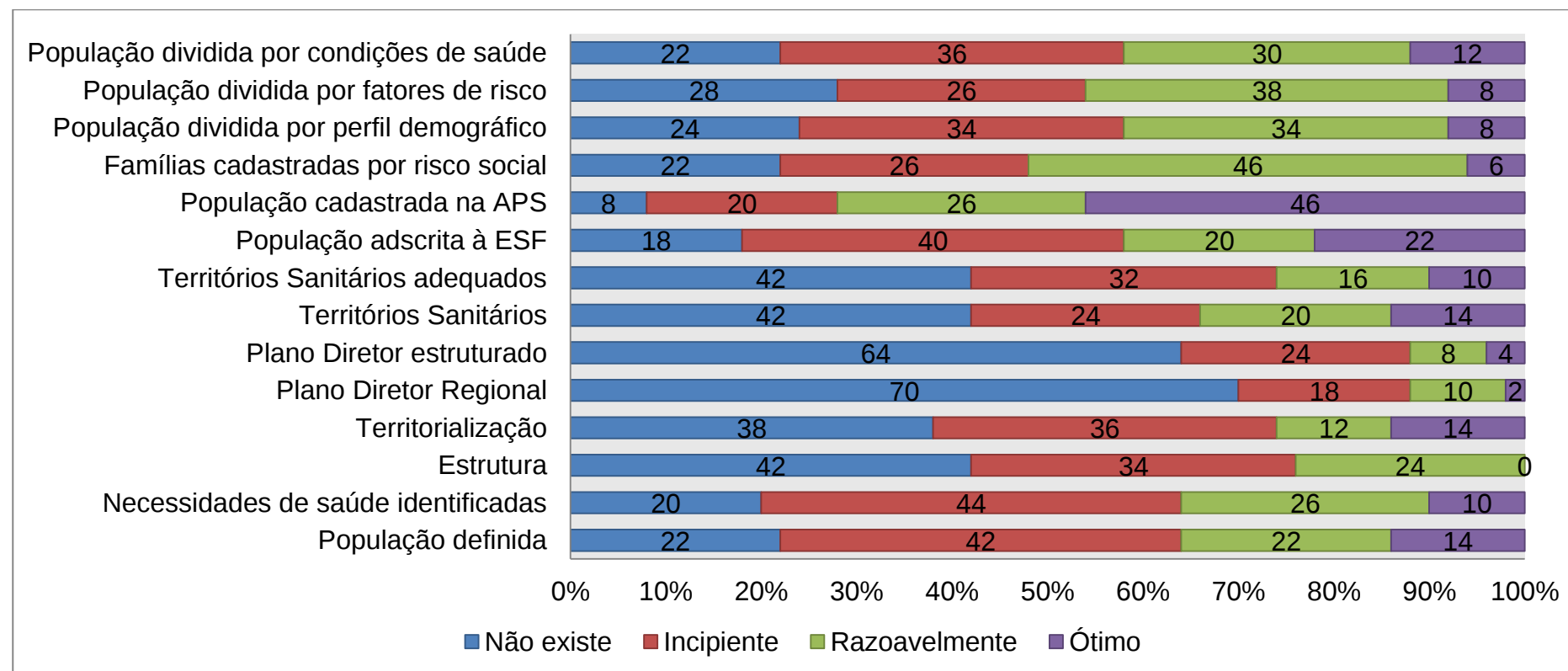
Cidades da 17ª CRES	Nº equipes ESF existentes	Nº absoluto de equipes participantes / Nº relativo	Gestores
Icó	12	9 (75%)	1
Lavras da Mangabeira	10	8 (80%)	1
Cedro	12	9 (75%)	1
Ipaumirim	4	3 (75%)	1
Orós	9	7 (78%)	1
Baixio	3	3 (100%)	1
Umari	3	3 (100%)	1
Gerência Regional	-	-	1
Total	53	42 (79%)	8 (100%)

Fonte: 17ª CRES-CE.

Logo, do total de equipes de ESF participantes, 21,4% eram de Icó, 19% Lavras, 19% Cedro, 7,1% Ipaumirim, 16,6 % Orós, 7,1% Baixio e 7,1% Umari. Dos respondentes, 40 eram enfermeiros.

No gráfico 1, encontra-se a avaliação da dimensão população da RCPD. Nela estão distribuídas as questões avaliativas em função das frequências relativas e absolutas dos escores de (0) não existe a (3) existe de forma ótima.

Gráfico 1 – Distribuição das questões avaliativas da dimensão população da RCPD segundo os escores. Crato-CE, 2019.



Fonte: 17ª CRES-CE.

Nessa dimensão, houve maior percentual do escore (0) não existe. Quando cruzaram-se as questões avaliativas que tiveram preferência por este escore com a variável ocupação (gestor/profissional), não houve significância estatística, obtendo-se de Q3 a Q8 valores de $p = (0,181; 0,618; 0,088; 0,364; 0,767; 0,310)$, respectivamente. Destaca-se que, os participantes que assinalaram que a RCPD não dispõe de um Plano Diretor de Regionalização (Q5), 30 (71,7%) eram profissionais e cinco (62,5%) gestores.

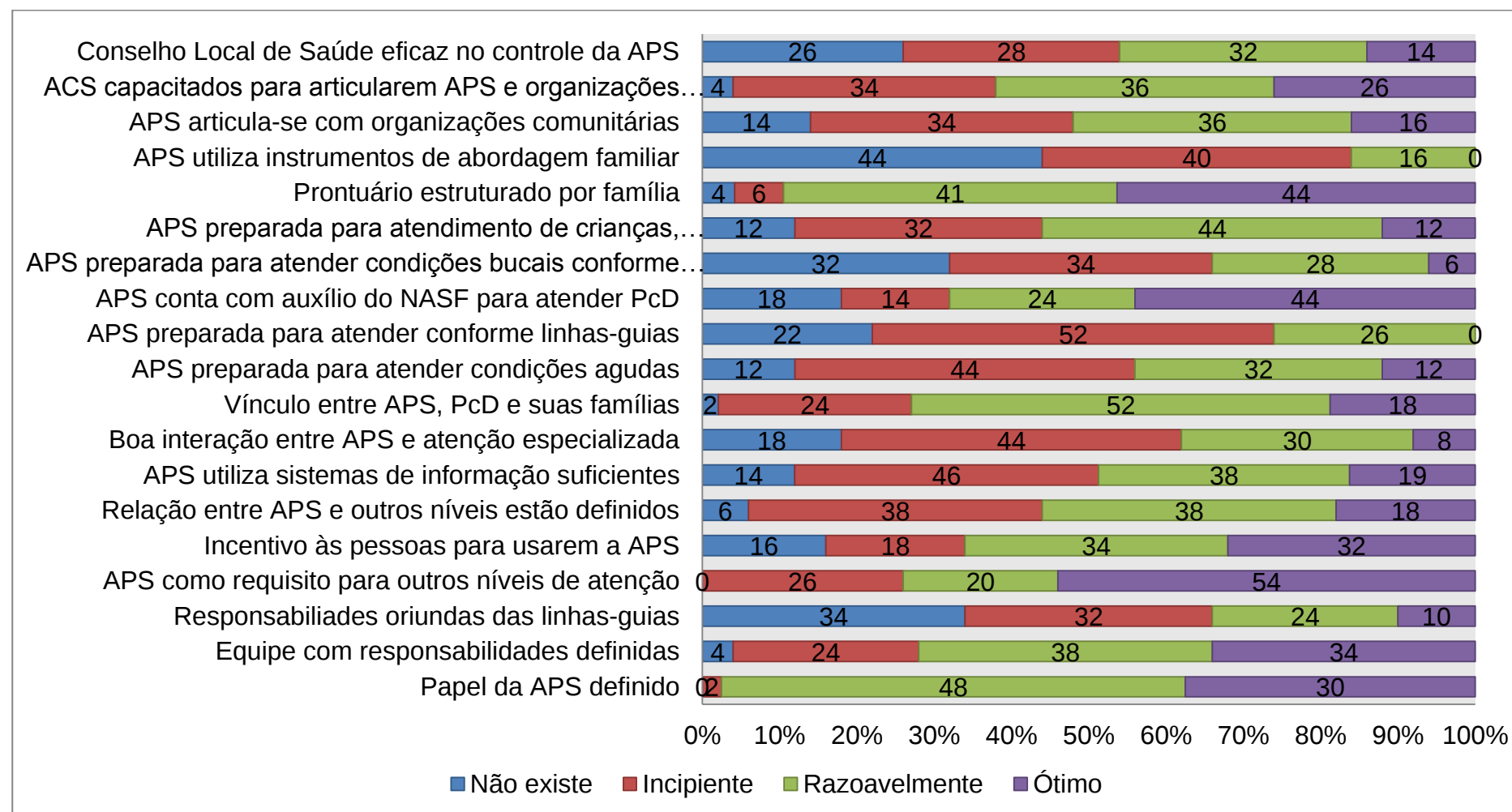
Ainda, considerando as questões com maior percentual do escore (0) não existe, fez-se o cruzamento com a variável cidade e se constatou significância estatística em Q5, Q6 e Q8, sendo $p = (0,000, 0,000, 0,004)$, respectivamente. A cidade de Cedro demonstrou maior quantidade de resposta, não existe, nestas três questões. Ademais, destaca-se a associação estaticamente significativa de Q11 ($p = 0,039$) e Q12 ($p = 0,001$) com a variável cidade, sendo o escore mais frequente o (2) existe razoavelmente bom, mas insuficiente; com maior incidência na cidade de Icó.

Ressalta-se, que ao observar as respostas do gestor da regional, levando em consideração as seis questões com maior frequência do escore (0) não existe; em nenhuma dessas perguntas o gestor escolheu como opção este escore. Em Q5, o gestor da regional escolheu como escore a opção existe de forma ótima.

Vale destacar que, ao questionar se a população está cadastrada na APS por unidade familiar (Q10), 23 (46%) optaram pelo escore (3) existe de forma ótima e 13 (26%) que existe razoavelmente bom, mas insuficiente (2).

No gráfico 2, encontra-se a distribuição das questões avaliativas da dimensão APS em função das frequências relativas e absolutas dos escores.

Gráfico 2 – Distribuição das questões avaliativas da dimensão Atenção Primária à Saúde da RCPD segundo os escores. Crato-CE, 2019.



Fonte: 17ª CRES-CE.

Nessa dimensão, destaca-se maior percentual do escore (2) existe razoavelmente bom, mas insuficiente. Esse escore esteve frequente nas questões Q16, Q19, Q20, Q23, Q28, Q29, Q31, Q32 e Q33, as quais contemplam os sete componentes, ou seja, responsabilização, porta de entrada, longitudinalidade, padronização do cuidado, abordagem familiar, participação popular e serviços, descritos no quadro 2.

Ao se cruzarem essas questões avaliativas com a ocupação (gestor/profissional), observa-se que este escore (2) foi o mais assinalado entre os profissionais, destacando-se no quesito se há um vínculo estreito e contínuo entre as equipes de APS e as pessoas com deficiências e suas famílias (Q23), 24 (57,1%) dos 42 profissionais optaram por esse escore. Os gestores, quando questionados sobre essa mesma pergunta, três deles (37,5%) optaram pelo escore (3) existe de forma ótima. Assim como, quando indagados se há incentivos para as pessoas usuárias adotarem a APS como porta de entrada da rede (Q19), quatro (50%) dos gestores disseram que existe de forma ótima, escore (3).

Quando se compara a resposta do gestor da regional com os gestores das cidades observa-se semelhança na escolha do escore, exceto em Q19, quando o gestor regional escolhe o escore (2), há incentivos para as pessoas usuárias adotarem a APS como porta de entrada da rede razoavelmente bom, mas insuficiente. Ainda, ao se associarem Q16, Q19, Q20, Q23, Q28, Q29, Q31, Q32 e Q33 à variável ocupação, com a hipótese de que esses itens são dependentes do fato de ser gestor ou profissional da AB, obteve-se p maior que 0,05.

Ao se cruzarem Q16, Q19, Q20, Q23, Q28, Q29, Q31, Q32 e Q33 com a variável cidade, constata-se que a cidade de Icó obteve maior frequência de resposta o escore (2) existe razoavelmente bom, mas insuficiente. Exceto quando questionados se os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e as organizações comunitárias (Q32), 6 (60%) dos 10 profissionais escolheram o escore (1) existe, mas de forma incipiente.

Destaca-se também, que houve associação significativa entre Q19, ou seja, se há incentivos para as pessoas usuárias adotarem a APS como porta de entrada da rede e a variável cidade, com $p = 0,001$. Observando-se que das sete cidades, Icó e Cedro tiveram o maior número de escolha pelo escore (2) existe razoavelmente bom, mas insuficiente.

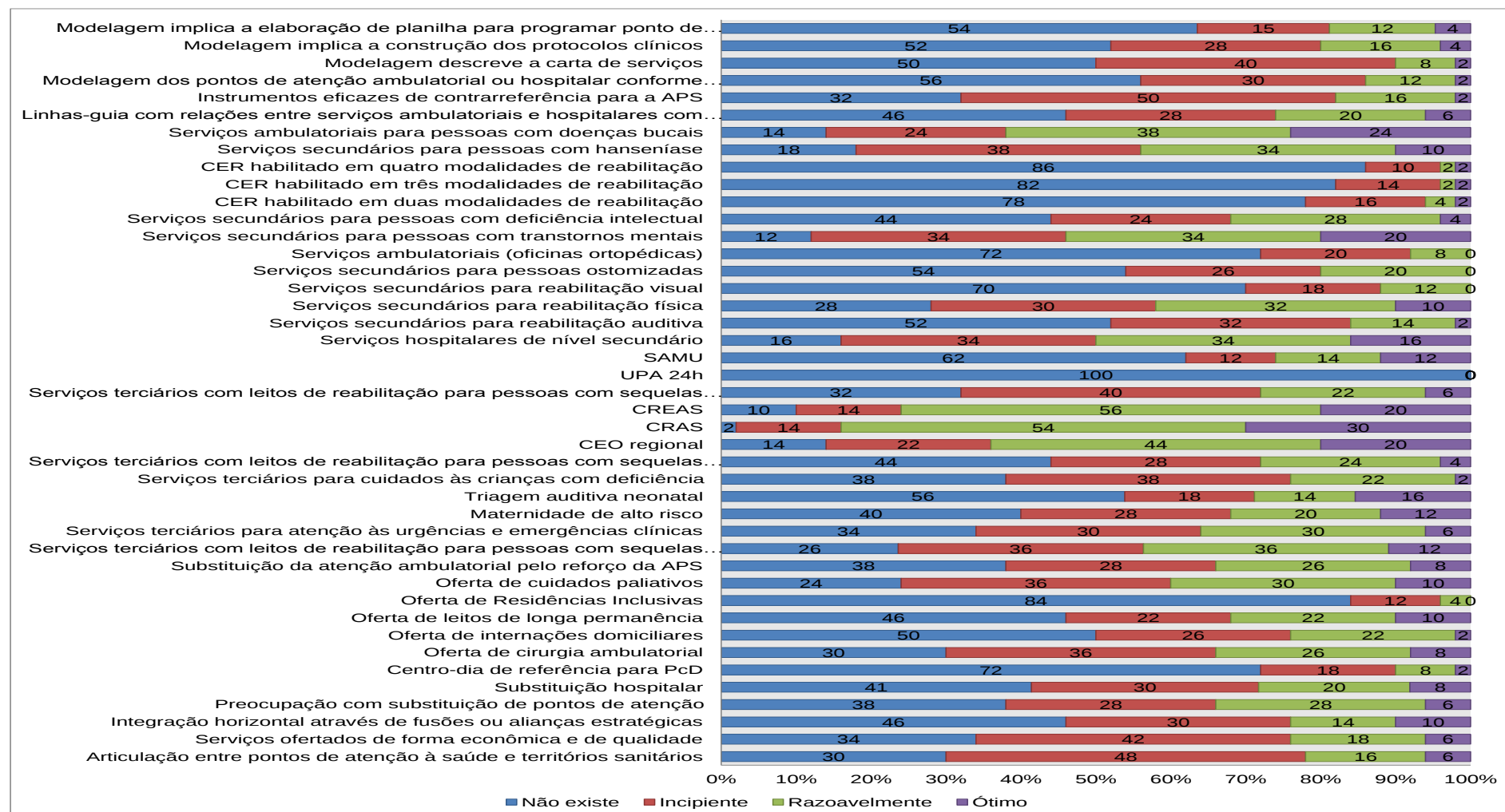
Ressalta-se que na cidade de Lavras da Mangabeira os profissionais que escolheram como resposta o escore (0) não existe em relação Q19 foram quatro (44,4%) dos nove profissionais do município. Assim como mais dois (22,2%) dos profissionais dessa cidade escolheram o escore (1) existe de forma incipiente; pior avaliação entre as cidades avaliadas em relação a esse quesito. Ninguém do município de Lavras escolheu o escore (2) preponderante entre as outras cidades. Por outro lado, em Orós, quatro (50%) optaram pelo escore (2) e quatro (50%) optaram pelo escore (3). Em Umari, quatro (100%) optaram pelo escore (3) existe de forma ótima, configurando-se as duas melhores avaliações entre as cidades avaliadas nesse quesito.

É importante citar que em Q18 todos concordaram que a APS é um pré-requisito para acesso aos outros pontos da rede, ou seja, ninguém assinalou o escore (0) não existe, tendo 27 (54%) optado pelo escore (3) existe de forma ótima. Assim como, Q26 e Q29 também foram bem avaliadas quanto ao apoio do NASF para cuidados à PcD e utilização de prontuário estruturados por família respectivamente, com maior repetição dos escores (2) e (3).

Entretanto, nessa dimensão a pior questão avaliada correspondente à Q30 quanto à utilização de instrumentos de abordagem familiar pela equipe de APS, com 22 (44%) de escore (0) e 20 (40%) escore (1).

No gráfico 3, apresenta-se a distribuição das questões avaliativas Q34 a Q76 que versam sobre os pontos de atenção secundários, terciários e intersetoriais da RCPD em função dos escores 0 a 3.

Gráfico 3 – Distribuição das questões avaliativas da dimensão pontos de atenção secundários, terciários e intersetoriais da RCPD segundo os escores. Crato-CE, 2019.



Fonte: 17ª CRES-CE.

Nessa dimensão, o escore (0) não existe foi o mais frequente, tendo sido escolhido em 31 questões avaliativas, estando essas questões distribuídas nos componente integração, eficiência e atenção integral, descritos no quadro 3.

Ao se associarem estas questões avaliativas à variável ocupação (gestor/profissional), constatou-se que houve associação estatisticamente significativa entre essa variável e as questões Q35, Q41 e Q43, obtendo $p = (0,041, 0,002, \text{ e } 0,019)$, respectivamente. No quesito, se no desenho da RCPD se considera uma escala mínima capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade (Q35), nenhum da ocupação gestor optou pelo escore (0) não existe; quatro deles (50%) optaram pelo escore (1) existe com um funcionamento incipiente, e três (37.5) deles optaram pelo escore (2) existe razoavelmente bom mas insuficiente. Já, 17 (40,47%) da ocupação profissional escolheu o escore (0) não existe e mais 17 (40,47%) optaram pelo escore (1) existe funcionando de forma incipiente.

Na questão sobre existência da oferta de internações domiciliares (Q41), seis (75%) da ocupação gestor optou pelo escore (2) existe razoavelmente bom, mas insuficiente. Já a ocupação profissional 23 (54,76%) teve preferência pelo escore (0) não existe, 13 (31%) optou pelo escore (1) existe com funcionamento incipiente. Quanto à questão (Q43), se há oferta de Residências Inclusivas, 42(84%) do total de participantes optou pelo escore (0) não existe, 37 (88%) destes da ocupação profissional e 5 (62.5%) da ocupação gestor.

Na questão (Q39) se há oferta de Centro-dia de referência à PcD, 36 (72%) optou pelo escore (0) não existe; destes, 32 (76%) eram da ocupação profissionais e quatro (50%) eram da ocupação gestor. Quanto ao quesito se há UPA 24h e se elas operam de forma integrada com a APS (Q56), 50 (100%) dos participantes responderam que não. Cabe frisar que as questões Q65, Q66 e Q67, relacionadas à existência de Centro Especializado em Reabilitação (CER) também está no rol das que tiveram maior percentual do escore (0).

Ao comparar a resposta dos profissionais, gestores e do gestor regional, constata-se que das 31 questões avaliativas com escore (0) não existe, 25 tiveram como escolha do gestor da regional o escore (2) existe razoavelmente bom, mas insuficiente.

Quando associadas à variável cidade, teve-se relação de dependência com 13 questões avaliativas, ou seja, $p < 0,05$. São elas: Q34, Q35, Q36, Q37, Q38, Q44, Q45, Q46, Q48, Q51, Q52, Q57 e Q58.

Em Q34 ($p=0,034$), se no desenho da RCPD há uma articulação entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários, destaca-se Cedro, na qual seis (60%) optou pelo escore (0). Em Q35 ($p=0,038$), se no desenho da RCPD considera-se uma escala mínima capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade, Lavras desponta com seis (66,6%) de escore (0).

Em Q36 ($p=0,000$), se no desenho da RCPD considera-se a integração horizontal para obter ganhos de escala através de fusões ou alianças estratégicas, destaca-se Umari, pois quatro (100%) concordou com escore (0), seguido de 7 (77,7%) em Lavras. Orós teve a melhor avaliação, tendo três (37,5%) optado pelo escore (2) e três (37,5%) optado pelo escore (3).

No quesito se no desenho da RCPD há uma preocupação com processos de substituição dos pontos de atenção à saúde para prestar a atenção certa no lugar certo (Q37; $p=0,027$), Umari, Lavras e Cedro apontaram com maior frequência o escore (0); 75%, 66,6% e 60% respectivamente. Orós se destaca com melhor avaliação, distribuindo sua maioria (75%) entre escore (2) e (3).

Quanto a Q38 ($p=0,020$), se no desenho da RCPD há um movimento de substituição hospitalar; Cedro lidera com 80% de escore (0). No quesito Q44 ($p=0,014$) se há a oferta de cuidados paliativos; Baixio e Orós lideram com 100% e 75% respectivamente, distribuindo-se entre os escores (2) e (3).

No quesito Q45 ($p=0,011$), se no desenho da RCPD há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS; Apresenta-se nos dois pólos Cedro com 80% do escore (0) e Baixio com 75% do escore (2). Já na Q46 ($p=0,009$), se há serviços hospitalares de nível terciário, com leitos de reabilitação para os cuidados às pessoas com sequelas decorrentes de traumas na atenção às urgências e emergências; Icó, Ipaumirim e Cedro concordam com o escore (1) existe funcionando de forma insipiente, com 50% de frequência. Orós e Umari concordam em sua maioria com o escore (2) existe razoavelmente bom, mas insuficiente.

Por outro lado, em Q48 ($p=0,012$), se há maternidade de alto risco para os cuidados às gestantes de alto risco e se o serviço opera de forma integrada com

a APS, Icó teve 90% do escore (0). Em Q51 ($p=0,015$), se há serviços hospitalares de atenção terciária, com leitos de reabilitação para os cuidados com as pessoas com sequelas de cânceres e se eles operam de forma integrada com a APS, Icó continua liderando o escore menor (0) com 80% de escolha, seguido de Cedro (70%).

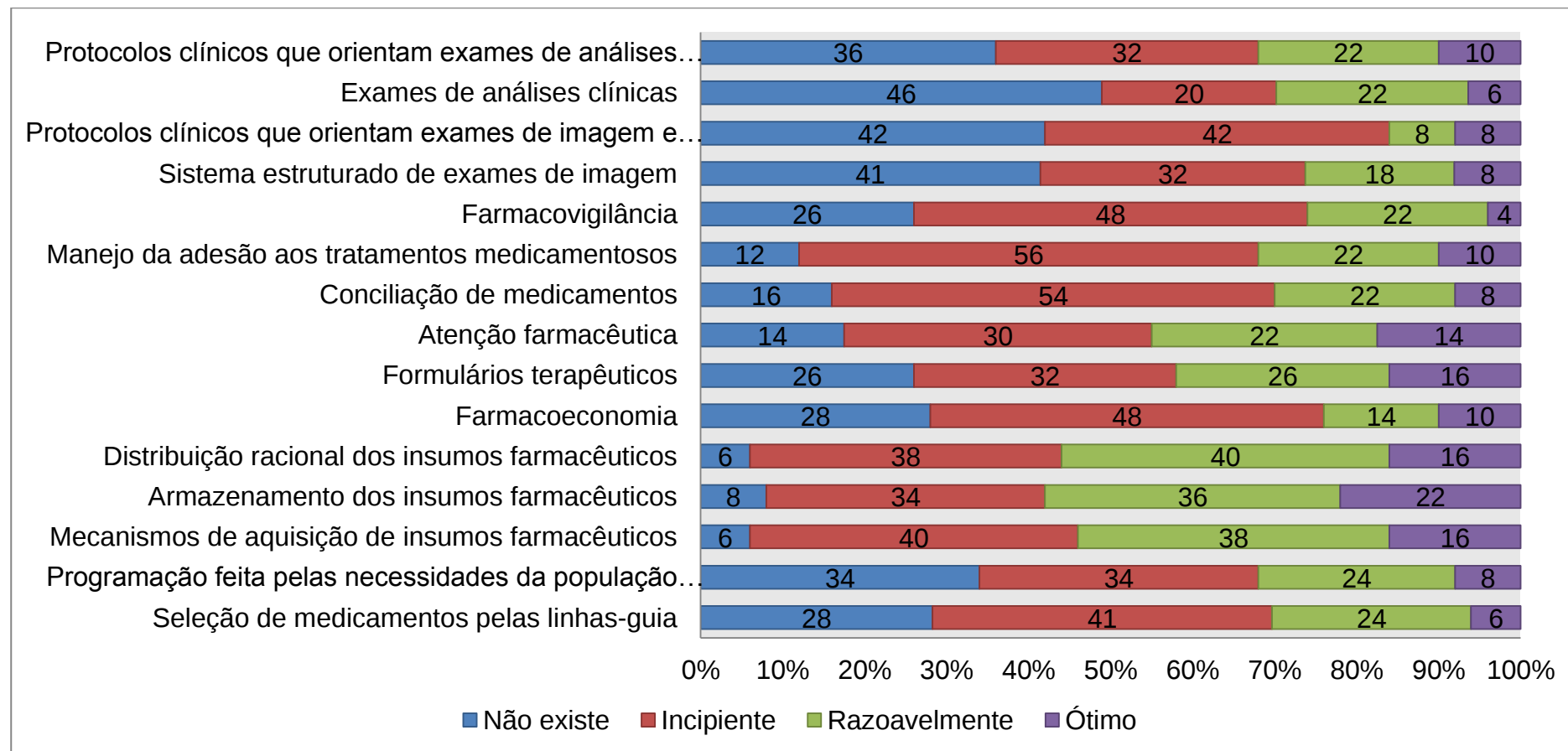
Em Q52 ($p=0,017$), se há CEO Regional e se Ele opera de forma integrada com a APS; Baixo, Orós e Umari concordam com o escore (2) existe razoavelmente bom, mas insuficiente, com frequência de 75%. Já Ipaumirim teve essa mesma frequência pela escolha do escore (0) não existe.

Quanto à (Q57) se há SAMU e se opera de forma integrada com a APS, teve um $p = 0,000$. Logo, Orós e Cedro foram os únicos municípios que não tiveram escore (0), as restantes, 100% optaram por este escore. Sendo Orós a melhor avaliada, com três escores (2) e quatro escores (3).

Concluindo o rol das 13 questões avaliativas que tiveram significância associativa com a variável cidade, em Q58 ($p=0,046$), se há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica) e se estes serviços operam de forma integrada com a APS; 100% dos participantes de Umari concordaram com o escore (2) existe razoavelmente bom, mas insuficiente. Tendo Baixo o nível avaliativo mais baixo, 50% optou pelo escore (0).

No gráfico 4, distribuem-se os quesitos Q77 a Q91 da dimensão sistemas de apoio em função das frequências relativas e absolutas dos escores (0 a 3).

Gráfico 4 – Distribuição das questões avaliativas da dimensão sistemas de apoio segundo os escores. Crato-CE, 2019.



Fonte: 17ª CRES-CE.

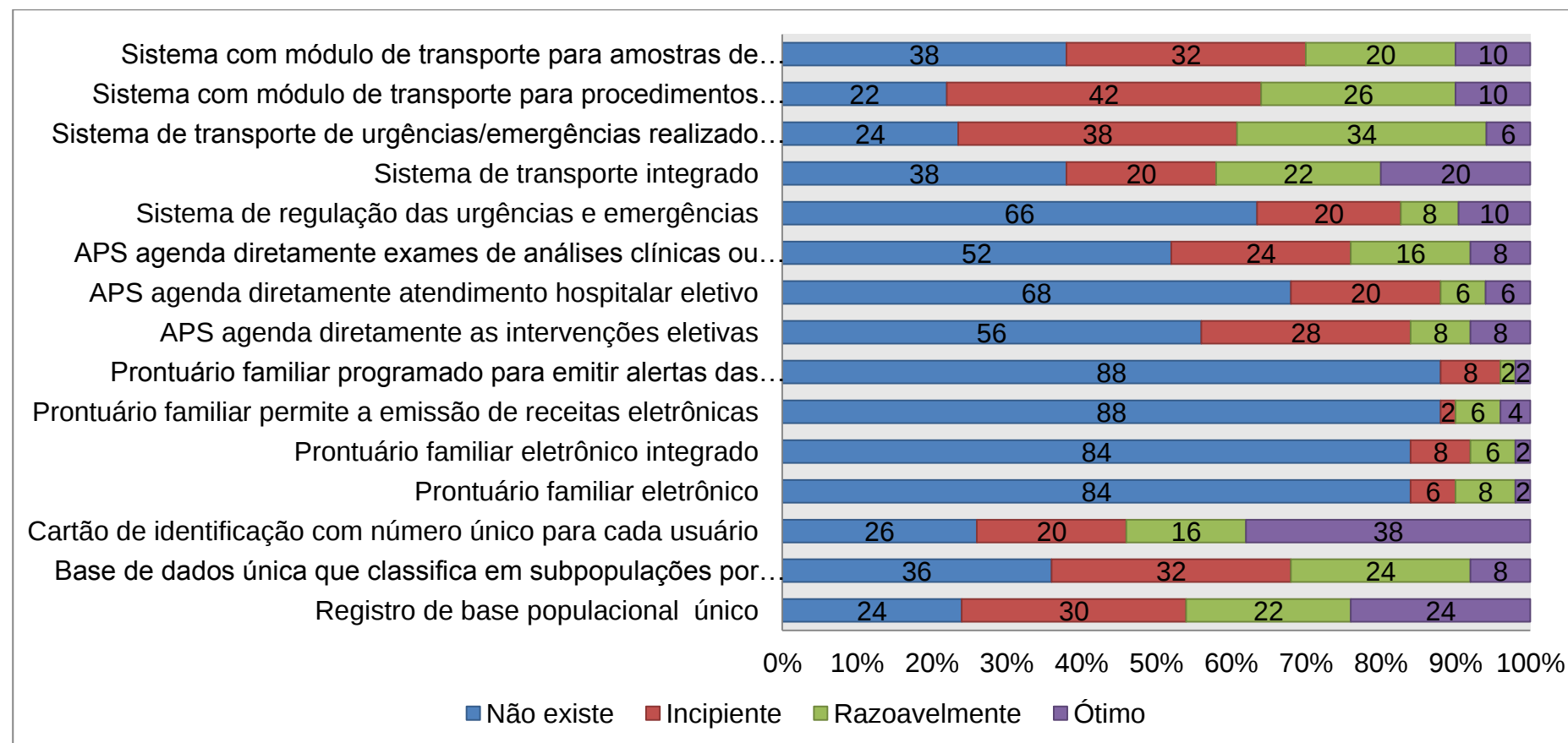
Nessa dimensão, observa-se que houve maior frequência do escore (1) existe com um funcionamento incipiente. Ao se associarem as questões avaliativas com a variável ocupação, constata-se significância estatística em Q80 ($p = 0,015$), Q89 ($p = 0,004$) e Q91 ($p = 0,018$). Ao questionar se o sistema de assistência farmacêutica contempla o armazenamento dos insumos farmacêuticos (Q80), 17(40,4%) profissionais e nenhum gestor escolheu esse escore. Já quando perguntou se havia protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação (Q89), 15 (35,7%) profissionais e 6 (75%) gestores optaram por incipiente.

Quando questionados se havia protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados (Q91), 10 (23,8%) profissionais e 6 (12,5%) gestor optaram pelo escore (1) mais evidente nessa dimensão.

Quando associado à variável cidade, houve significância em Q79 ($p = 0,004$), Q80 ($p = 0,003$), Q81 ($p = 0,030$), Q83 ($p = 0,036$), Q84 ($p = 0,002$), Q88 ($p = 0,004$) e Q90 ($p = 0,020$). Ao questionar sobre esses itens a frequência do escore (1) foi maior na cidade de Icó, exceto no quesito sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RCPD, da coleta das amostras (Q90), onde apenas três equipes de Icó optaram por esse escore.

No gráfico 5 expõe-se a distribuição das questões Q92 a Q107, as quais versam sobre os sistemas logísticos em função dos escores 0 a 3.

Gráfico 5 – Distribuição das questões avaliativas da dimensão os sistemas logísticos segundo os escores. Crato-CE, 2019.



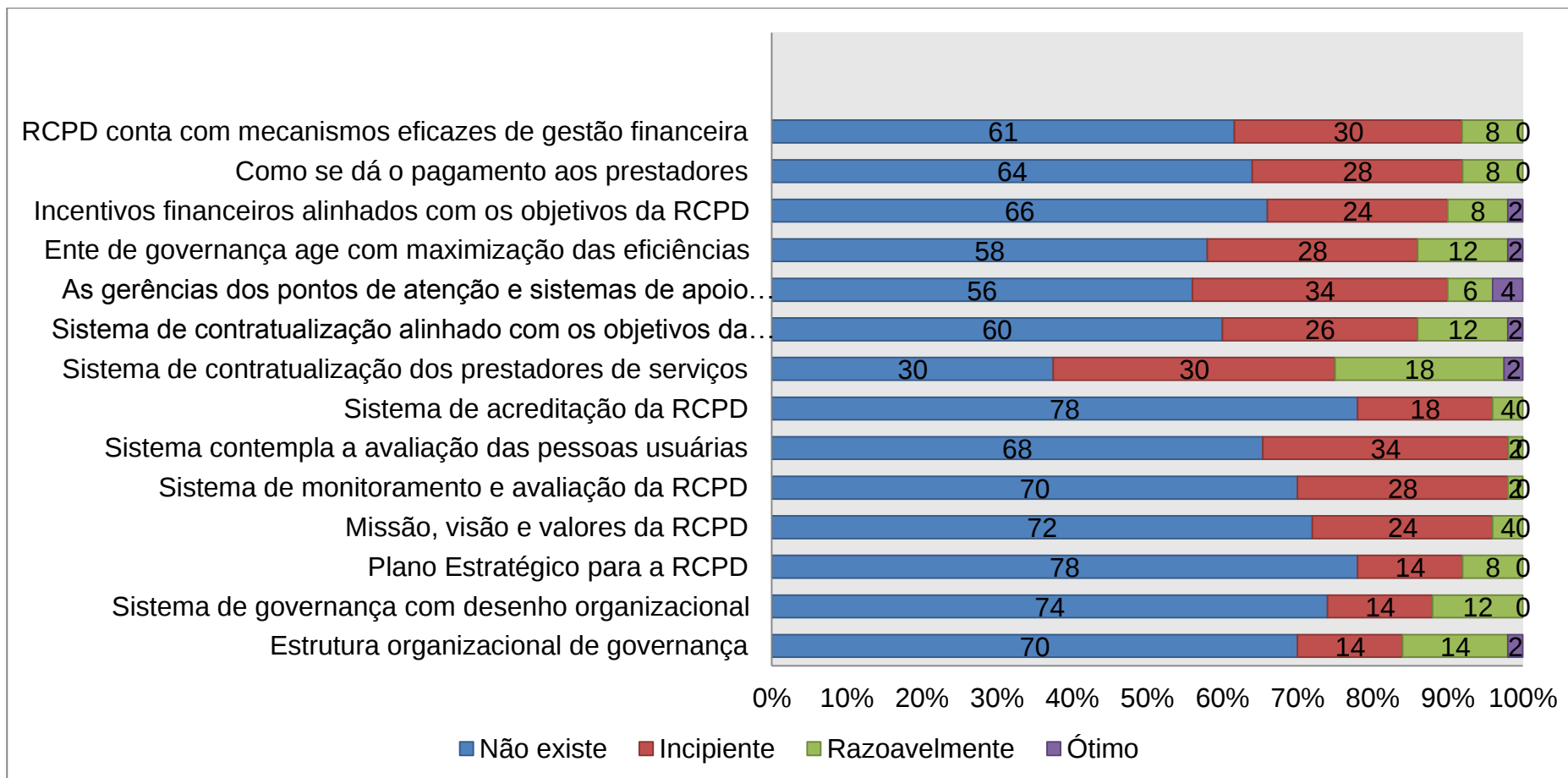
Fonte: 17ª CRES-CE.

Nessa dimensão, percebe-se que houve preferência do escore (0) não existe nas questões avaliativas: Q93 que avalia a existência de uma base de dados que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos, Q95, Q96, Q97 e Q98, as quais avaliam a existência de PEP e suas particularidades; Q99, Q100, Q101 e Q102 que versam sobre a regulação direta da APS para consultas especializadas, exames, internação hospitalar e regulação 24h de urgência e emergência; Q103 e Q106 as quais avaliam o sistema de transporte. Ao se associarem essas questões à variável ocupação não houve significância estatística. Porém, destaca-se que em todas essas questões avaliativas, a resposta do gestor da regional foi existe razoavelmente bom, mas insuficiente (2) ou existe com um funcionamento insipiente (1).

Ao associar à variável cidade, houve dependência em Q98, com $p = 0,007$. Ao questionar se o prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar feedbacks relativos a situações de saúde definidas (Q98), todas as cidades escolheram o escore não existe, exceto Orós que optaram pelo escore existe de forma incipiente.

No gráfico 6, distribuem-se as questões avaliativas Q108 a Q121 relacionadas ao sistema de governança da rede em função dos escores 0 a 3.

Gráfico 6 - Distribuição das questões avaliativas da dimensão sistemas de governança segundo os escores. Crato-CE, 2019.



Fonte: 17ª CRES-CE.

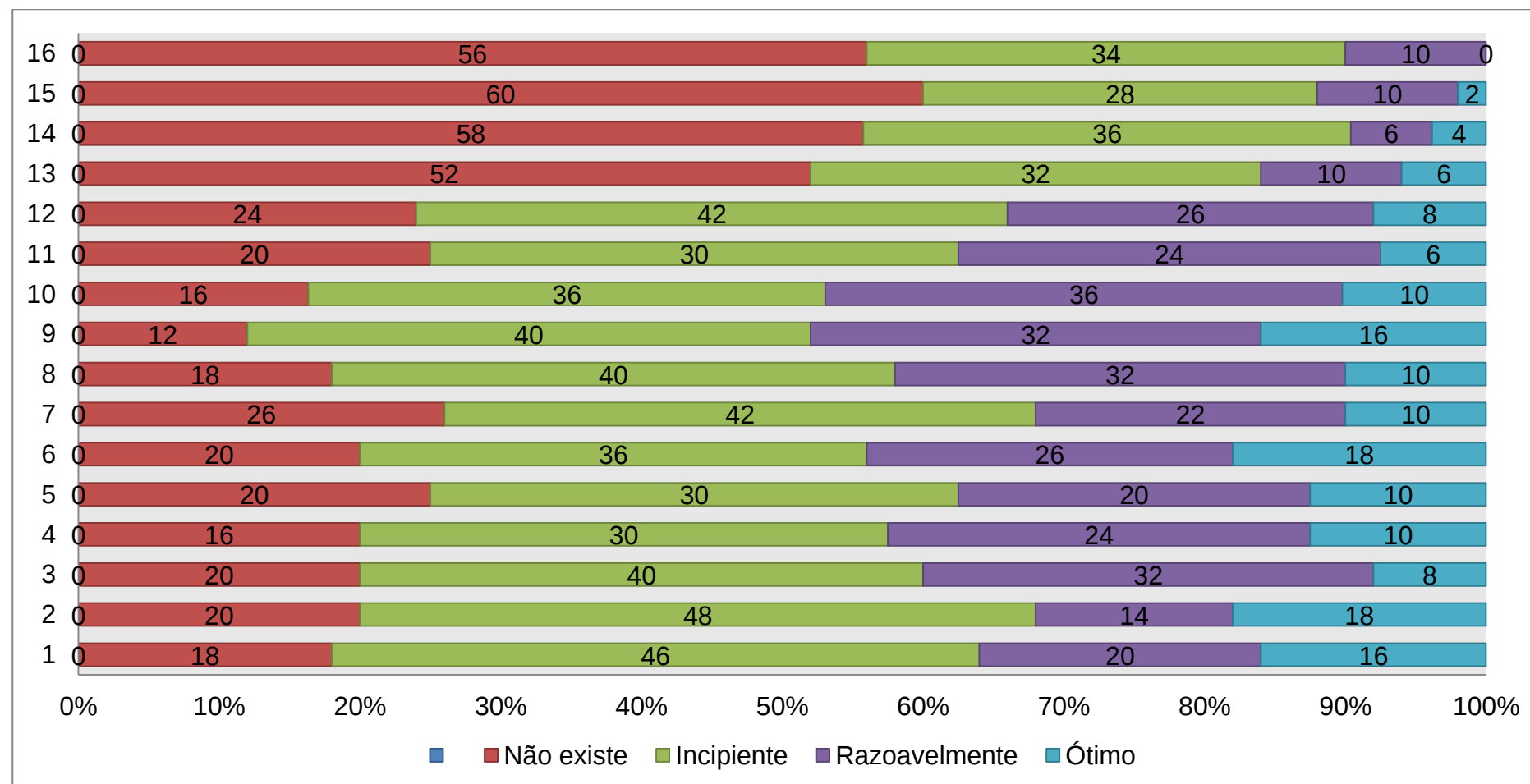
Nessa dimensão, observa-se que todas as questões avaliativas tiveram maior preferência pelo escore (0) não existe.

Ao associarem estas questões à variável ocupação (gestor/ profissional), houve significância estatística em Q117 ($p = 0,000$) e Q119 ($p = 0,006$). Ao questionar se as gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conheciam e aderiam aos objetivos da RCPD (Q117) se os incentivos financeiros estavam alinhados com os objetivos da RCPD (Q119), nenhum gestor e 28 profissionais optaram pelo escore (0). Em Q117, assim como, em Q119 dois gestores e 31 profissionais escolheram este escore. A escolha dos gestores nas duas questões avaliativas prevaleceu no escore existe de forma incipiente.

Não houve associação significativa das questões com a variável cidade. No entanto, constatou-se que a maior frequência do escore não existe foi da cidade Icó. Assim como, a escolha do escore não existe pelo gestor regional foi somente na questão Q114, ou seja, quando questionados se havia um sistema de acreditação da RCPD.

No gráfico 7, tem-se a distribuição das questões Q122 a Q174, relacionadas ao modelo de atenção à saúde, em função dos escores 0 a 3.

Gráfico 7 – Distribuição das questões avaliativas da dimensão modelos de atenção à saúde segundo os escores. Crato-CE, 2019.



Fonte:

17ª

CRES-CE.

Nessa dimensão, na qual se avalia o modo de organização dos serviços de saúde: se fragmentado com enfoque curativista ou integrado com priorização de medidas de promoção e prevenção, houve preferência pelo escore (0) não existe. Ao verificar se as questões avaliativas são dependentes da variável cidade, houve associação significativa com sete Questões, ou seja, $p < 0,05$.

As Questões associadas foram: Q123, se há articulação das subpopulações de risco com as intervenções de saúde; Q124, se o modelo de atenção à saúde preponderante propõe mudanças na organização do sistema de atenção à saúde; Q125, se este modelo propõe ações no sistema de informações clínicas; Q129, se propõe ações de autocuidado apoiado, Q130, se as ações de autocuidado são apoiadas por educação em saúde; Q145, se ações de promoção da saúde incluem intervenções intersetoriais sobre os determinantes intermediários da saúde; e Q167, quanto à utilização rotineira das tecnologias de listas de espera. Tendo que na cidade de Icó, o escore (0) foi o mais frequente desta dimensão em relação aos outros municípios.

Já quando associadas à variável ocupação (gestor/profissional), constatou-se que em Q147, Q161 e Q167, $p = (0,047, 0,008 \text{ e } 0,015)$, respectivamente. Avaliou-se nessas questões se as intervenções preventivas estão organizadas em instrumentos operacionais de uso rotineiro na RCPD (Q147), se a gestão da deficiência envolve uma programação realizada na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio com base nas linhas-guia e protocolos (Q161) e se a RCPD utiliza rotineiramente as tecnologias de listas de espera (Q167). Nenhum gestor e 19 profissionais optaram pelo escore (0) em Q147; um gestor e 23 profissionais assinalaram este mesmo escore em Q161 e dois gestores e 23 profissionais também escolheram o escore (0) não existe em Q167.

Ao verificar as questões com maior frequência do escore não existe, foi possível verificar que das 37 questões, 13 receberam o escore (1) existe de forma incipiente pelo gestor da regional.

Cabe frisar que entre os quesitos avaliados, os que melhor pontuaram nessa dimensão foram as Q143 e Q144 que se referem às ações de promoção à saúde.

Consolidando o que a soma dos escores de cada dimensão resultou individualmente, obteve-se média de 166,6 (DP = 75, 069), com moda de 106 e

máxima e mínima de 62 e 341, respectivamente. Estando a média classificada como capacidade básica para operar RASs: rede de atenção à saúde incipiente.

Quando se associa a classificação para avaliação da rede com a variável ocupação, tem-se um $p > 0,05$. Sendo que 23 (46%) dos participantes classificaram como capacidade básica para operar RASs: rede de atenção à saúde incipiente, 20 (40%) incapacidade para operação de RASs: sistema fragmentado e 7 (14%) capacidade razoavelmente boa para operar RASs: rede de atenção à saúde avançada. Observa-se que dos 23 (46%) participantes que classificaram a RCPD como incipiente, 5 (62,5%) eram gestores e 19 (45,2%) profissionais das equipes. Daqueles que classificaram como fragmentado, apenas a avaliação de um dos gestores recebeu essa classificação.

Ao comparar a classificação do gestor da regional com os demais participantes, constata-se semelhança, pois de acordo com a somatória dos escores das questões avaliativas o gestor regional considera como capacidade básica para operar RASs: rede de atenção à saúde incipiente.

Ao associar a classificação à variável cidade, obteve-se um $p = 0,38$. Notando-se que dos 23 (46%) participantes que classificaram como capacidade básica para operar RASs: rede de atenção à saúde incipiente, três (13%) eram da cidade de Lavras, três (13%) Icó, um (4,3%) Ipaumirim, seis (26%) Cedro, um (4,3%) Baixo, seis (26%) Óros e um (4,3%) Umari.

6 DISCUSSÃO

Fundamentada nos trabalhos de Mendes (2011), discutem-se os achados deste estudo a partir do entendimento das Redes de Atenção à Saúde (RAS) constituídas de três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde. Sendo que, a estrutura operacional se subdivide em cinco: a Atenção Primária à Saúde (APS), Pontos de Atenção Secundários e Terciários, o Sistema de Apoio; o Sistema Logístico; e o Sistema de Governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. Desse modo, divide-se a discussão em sete tópicos, os quais foram denominados neste estudo por “Dimensão”.

6.1 Dimensão População: Territorialização

População é o primeiro elemento de uma RAS e sua razão de existir. Deve ser totalmente conhecida e registrada em um sistema de informação eficiente, subdividida e identificada por indicadores sociais, sanitários e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas (MENDES, 2011). Nesta dimensão, avalia-se a territorialização por meio da presença de quatro componentes: adscrição da clientela, definição de prioridades, estratificação de riscos e planejamento.

Entende-se que o processo de territorialização é o princípio para se implantar uma Rede de Atenção à Saúde, uma vez que, a partir deste é que se torna possível a responsabilização sanitária e territorial pela APS. Esse modelo propõe a atenção primária como centro das redes de atenção, o nó para o qual convergem todos os fluxos, com ações contínuas e integrais. Com essa forma de organização, previne-se a entrada aleatória e contra o fluxo pelos outros serviços do SUS, normalmente os hospitais e pronto atendimentos (FARIA, 2018).

Alguns pontos críticos foram identificados na rede em estudo quanto à efetivação deste processo, a contar pelo desconhecimento do Plano Diretor de Regionalização (PDR) pelos profissionais, e até mesmo pelos gestores, o que implica na desinformação das pactuações intermunicipais e descontinuidade das

mesmas, uma vez que esse documento é imprescindível para o planejamento e efetivação de uma Regional de Saúde (FARIA, 2018).

Infere-se que esta característica se relacione ao fato de que haja uma rotatividade importante entre os representantes gestores municipais (VICENTINE et al., 2018), e a não participação dos profissionais da APS nas reuniões da Comissão Intergestora Regional (CIR), na qual ocorrem as decisões importantes em para a Região de Saúde.

Dentre as fragilidades, evidenciou-se a deficiência na subdivisão das famílias por riscos sócios sanitários. Esta realidade deve impactar negativamente no planejamento das intervenções propostas, uma vez que, o processo de territorialização envolve não só a delimitação de área e adscrição de pessoas, mas também o conhecimento das condições de saúde-doença e serviços disponíveis para caracterização dessa clientela e definição de prioridades (SILVA, 2018; CAIRES; JUNIOR, 2017). Uma rede com população e territórios definidos, possibilita a adstrição da população aos serviços que compõem esta rede, tanto no âmbito municipal quanto regional (MEDEIROS; GERHARDT, 2015).

Esses achados coincidem com o que foi identificado no estudo que avaliou a territorialização realizada numa cidade média da Região Sul do Brasil, uma territorialização incompleta, que alimenta um modelo reativo às condições agudas com centralidade na doença e serviços especializados em detrimento de uma APS coordenadora e ordenadora da rede (FARIA, 2018).

Embora a categorização das famílias por riscos ainda seja uma ação distante nas cidades estudadas, Icó foge um pouco dessa tendência e aponta indícios dessa estratificação da população, podendo lhe conferir vantagem em relação ao conhecimento e apropriação da área de abrangência. Isso pode estar associado ao fato de ser município sede da regional, pioneiro e disseminador do Programa Qualifica Atenção Primária do SUS (Qualifica AP-SUS), o qual tem como uma de suas prioridades a estratificação das famílias.

Em meio às fragilidades, edifica-se outro ponto muito importante que é o cadastramento da população por unidade familiar. Entende-se como a demarcação territorial em rede, a soma da territorialização das localidades assistidas por cada equipe de saúde da família. Definidos os territórios de abrangência de cada equipe, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) cadastram a população adscrita por

núcleo familiar. Esse cadastro se configura numa ferramenta importante para o fortalecimento de vínculo entre a equipe e usuários do serviço, assim como possibilita posteriormente a estratificação de riscos da população por meio da identificação do perfil sociodemográfico, componentes epidemiológicos, sanitários e familiares (SILVA et al., 2016; COSTA et al., 2013).

Este ponto positivo encontrado no estudo aponta para um movimento de organização viva que caminha num percurso evolutivo, embora ainda inicial, porém estimulador, para a concretização dos próximos passos: subdivisão da população por riscos, condições de saúde-doença, e outras características que proporcionem o empoderamento da equipe da APS sobre suas atribuições e deem respaldo ao planejamento de suas atividades.

Entende-se que a falha em algum dos pontos desse processo ocasiona inexoravelmente dificuldade em formar vínculos profissionais-clientela, impossibilidade do exercício da longitudinalidade e coordenação da rede pela APS, assim como sua responsabilização, o que compromete a acessibilidade e integralidade da assistência (TETEMANN; TRUGILHO; SOGAME, 2016). Entretanto, percebem-se indícios de que a rede estudada caminha na direção certa.

6.2 Dimensão Atenção Primária em Saúde: Coordenação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Mendes (2011) atribui à APS a condição precípua de centro de comunicação das RAS a fim de superar a fragmentação da assistência à saúde e possibilitar o arranjo organizacional em rede deste setor. Nesta dimensão, avaliou-se principalmente a coordenação da APS na RCPD a partir do estabelecimento de algumas características como: porta de entrada, acompanhamento ao longo do percurso na rede (longitudinalidade), responsabilização da equipe pelos seus usuários e vínculo com a população com deficiência, além de apoio matricial e abordagem familiar.

Nesta dimensão, obteve-se a melhor avaliação no geral, o que converge com a afirmação de Cellupi et al. (2018), a qual confere à APS o melhor desempenho entre os níveis de atenção dos serviços ofertados pelos municípios de pequeno porte e associa isto ao fato deste serviço utilizar em sua maior demanda,

as tecnologias leves e leves-duras, em detrimento de equipamentos de alta tecnologia e alto custo financeiro.

Constatou-se o reconhecimento da APS como porta de entrada na rede pela maioria das equipes participantes. Achado concordante com a revisão integrativa realizada por Barbosa et al. (2018), a qual evidencia uma percepção positiva pelas equipes de saúde da família em relação à condição de porta de entrada preferencial. Este fato infere que um pré-requisito para se conseguir assistência em níveis secundários e terciários como consultas especializadas, serviços de reabilitação, atendimento hospitalar, nas cidades investigadas, fazem-se através do primeiro contato com a equipe da ESF, por meio da referência (encaminhamento). Esta característica sozinha não define a efetividade da coordenação pela APS, porém indica um direcionamento para este atributo.

Por outro lado, estudo realizado na microrregião de Vitória da Conquista evidenciou múltiplas portas de entrada na rede, o que contrapõe uma APS coordenadora do cuidado e ordenadora da rede (SANTOS; GIOVANELA, 2013). Corroborando com esse resultado, Bousquat et al. (2019) investiga a posição da APS na Rede de Atenção à Saúde (RAS) em cinco regiões de saúde, as quais compõem as cinco macrorregiões do Brasil e constata que a mesma ainda não é uma porta de entrada efetiva e preferencial no sistema de saúde nos cenários estudados.

Outra característica fortemente presente nas respostas das equipes estudadas é a predominância do vínculo da equipe ESF com as pessoas com deficiência e suas famílias. Este achado aponta para o cuidado integral, uma vez que fortalece a corresponsabilização equipe-usuários e familiares, e a longitudinalidade, pois o vínculo se estabelece por meio do contato ao longo do tempo (Santos et al., 2007; Jorge et al., 2011; Jorge et al., 2015). Estas são tecnologias leves utilizadas na APS que reorientam a assistência à saúde em direção à humanização e converge para reforçar a coordenação da APS (COSTA et al., 2013).

Assim como no estudo realizado na 28ª Região de Saúde no Rio Grande do Sul, evidenciou-se que o Núcleo de Apoio ao Saúde da Família (NASF) bem avaliado pelos participantes. Tal situação identifica uma potencialidade na rede (DUBOW, 2018) pelo fato de viabilizar a inserção de profissionais de reabilitação na

atenção primária, estreitar vínculo do usuário com esses profissionais, os quais conhecem melhor o contexto social e familiar da pessoa com deficiência e possibilita o planejamento de uma atenção personalizada e adaptada a cada realidade (VIEIRA; FAVORETO, 2016).

Entende-se que essa realidade colabora para a coordenação do cuidado pela APS e uma atenção integral à PcD enquanto estratégia de compartilhamento de cuidados a esse público e seus familiares entre as equipes de referência e as equipes ESF. Isto viabiliza a intersetorialidade e resolutividade das intervenções (SILVA, 2011; CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Quanto à centralidade na família, encontrou-se grande fragilidade relacionada à utilização das ferramentas de abordagem familiar, o que pressupõe prevalecer grande dificuldade das equipes no que se refere às suas intervenções com inclusão das famílias. A utilização dessas ferramentas aproxima a equipe de saúde dos usuários e familiares, fortalece vínculo e possibilita melhor conhecimento da realidade que permeia a família atendida, assim como viabiliza planejamento de ações mais condizentes com as reais necessidades a serem atendidas (BRANTE et al., 2016).

Por outro lado, a forte presença da organização dos prontuários por unidade familiar nas equipes avaliadas já aponta para uma direção inicial e acertada em relação à assistência com centralidade na família. A subdivisão dos prontuários da população adscrita por unidade familiar indica concordância com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde no Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), o qual objetiva ampliar o acesso e otimizar a qualidade da estrutura, organização e serviços da Atenção Primária (BRASIL, 2011).

6.3 Dimensão Pontos de Atenção Secundários, Terciários e Intersetoriais: Atenção Integral

Incluem-se serviços intersetoriais nesta dimensão com a finalidade de instigar a reflexão acerca da atenção integral à pessoa com deficiência (PcD) relacionada não só à garantia de serviços de reabilitação, como também serviços intersetoriais de apoio à PcD, além da organização da rede no que se refere à

integração dos serviços especializados com a Atenção Primária à Saúde (APS), e a eficiência dos serviços ofertados no que se refere à economia de escala.

Adota-se como referência, Mendes (2011) para a compreensão de pontos de atenção, o qual os designa nós da RAS, que ofertam serviços especializados de diferentes densidades tecnológicas; sendo os pontos de atenção terciários mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundários, por isso mais concentrados espacialmente. Cabe salientar que em rede adota-se o modelo poliárquico em que todos são igualmente importantes para se atingir os objetivos comuns das RAS, sem hierarquia.

A dimensão pontos de atenção à saúde secundários, terciários e intersetoriais se refere à estrutura organizacional desses serviços e foi classificada em três componentes: integração, eficiência e atenção integral.

Levando-se em consideração que a economia de escala em uma região de saúde considera a disponibilidade de serviços especializados para atender a um maior número de pessoas em um espaço geográfico delimitado, de forma a se conseguir eficiência econômica (MENDES, 2010), identificou-se, na percepção dos participantes, uma lacuna nesse quesito. O que nos remete à inferência de que talvez haja falha no planejamento e pactuações dos serviços para atendimento das reais necessidades da demanda da PcD dessa região, ou também haja falha na produção e conhecimento de Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, os quais orientam as linhas guias e evidenciam de forma clara a modelagem dos serviços disponíveis na região para as diferentes demandas (BRASIL, 2010).

Entende-se que a eficiência também esteja atrelada ao movimento de substituição hospitalar e fortalecimento da APS. Um fato que merece atenção é a percepção dos participantes de Lavras da Mangabeira contrária a este movimento. Esta percepção nos remete ao questionamento do funcionamento da APS nesta localidade, uma vez que, este município possui 100% de área coberta por ESF, e acredita-se que a cobertura total de seus habitantes por equipes de ESF sejam fatores importantes para o fortalecimento da APS e, à medida que se fortalece a APS, muda-se a centralidade do hospital para ela.

Amorim, Liberali e Medeiros Neta (2018) ao realizarem uma revisão integrativa na literatura a fim de investigar fatores facilitadores e dificultadores para realização da atenção integral à saúde da pessoa com deficiência pela atenção

primária no Brasil, encontrou que apesar dos avanços conquistados quanto aos direitos de assistência à saúde da pessoa com deficiência (PcD), ainda são escassas as ações de seu cuidado e reabilitação na atenção primária. Além disso, a falta de acessibilidade física e atitudinal nas unidades básicas de saúde contribuem para dificultar a busca desse público por atendimento nesse nível de atenção de forma prioritária, restando muitas vezes o setor secundário para sanar suas necessidades quando adoecidos, sem ações de promoção e prevenção.

Alguns pontos de atenção especializados necessários para garantir uma atenção integral à PcD ainda não existem na realidade avaliada, como Centro Especializado em Reabilitação (CER), Residências inclusivas, Centro-dia e oficinas ortopédicas. Muito embora haja alguma divergência por alguns participantes da pesquisa que optaram pela sua existência, o que demonstra desconhecimento pelos profissionais desta regional acerca dessa realidade. Esse achado corrobora com o estudo realizado com gestores e profissionais que atuam na Zona da Mata Mineira, o qual identificou o desconhecimento dos mesmos em relação à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (MACHADO et al., 2016).

Tendo como proposta da RCPD a organização da Atenção Especializada formada por Estabelecimento de Saúde habilitado em apenas uma modalidade de reabilitação, Centro Especializado em Reabilitação (CER) e Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) (OLIVEIRA, 2016). A indisponibilidade de Centro Especializado em Reabilitação (CER) revela nuances relacionadas à precariedade da reabilitação disponível, uma vez que, essa fica a cargo apenas de clínicas de fisioterapia, as quais se limitam a serviços ambulatoriais de reabilitação física em detrimento da auditiva, visual, intelectual e cuidados das ostomias.

Esta realidade contraria o disposto na Portaria Nº 793/2012, a qual institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e cita no capítulo II os componentes que devem compor esta rede, e assinala entre eles a Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências, realizada por instituições habilitadas em uma modalidade de reabilitação ou Centros Especializados em Reabilitação (CER) (BRASIL, 2012a).

Desse modo, um grande número de pessoas não tem contempladas suas necessidades integralmente e perdem a oportunidade de serem reabilitadas. Essa

realidade está aquém da encontrada na 28ª Região de Saúde no Rio Grande do Sul, onde se disponibiliza os serviços de reabilitação (física, intelectual, visual e auditiva) ainda que os dois últimos sejam disponibilizados em outra regional (DUBOW; GARCIA; KRUG, 2018).

Reconhece-se que as dificuldades impostas pela vivência da deficiência requerem assistência ampla que ultrapassa a competência do setor saúde, sendo as ações intersetoriais imprescindíveis ao atendimento integral dessas pessoas (OTHERO; AYRES, 2012). O governo federal lança o Pano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, Viver sem Limites, que considera outros serviços que podem compor uma rede que vão além da atenção à saúde.

Visando a garantir o acesso a dispositivos assistivos bem adaptados, adequados ao ambiente físico e social, este plano inclui em seu rol de prioridades as Oficinas Ortopédicas; assim como os Centros-dia e Residências Inclusivas para PcD em situação de dependência. Estes dois últimos são serviços de proteção social especial ofertados pela Política Pública de Assistência Social, por meio do SUAS. Os serviços do SUAS são ofertados em articulação com os demais serviços no território e matriciados ao SUS para garantir a intersetorialidade da atenção às pessoas com deficiência (BRASIL, 2013).

Residência Inclusiva consiste em serviço de acolhimento institucional para jovens e adultos com deficiência cujos vínculos familiares estejam fragilizados e que não dispõem de condições de auto sustentabilidade. Tal dispositivo deve estar inserida na comunidade, com funcionamento ininterrupto de 24 horas diárias, em locais de estrutura física adequada objetivando a construção da autonomia, inclusão social e adaptação à vida diária desses sujeitos (BRASIL, 2009).

Estudo realizado em Santo Amaro, São Paulo, para acompanhar a implantação de uma Residência Inclusiva evidenciou um caráter de desinstitucionalização, uma vez que valoriza a individualidade e respeita as decisões pessoais para a construção de um coletivo, com apoio especializado de profissionais preparados e boa aceitação pela clientela assistida (MELLO; JURDI; IMBRIZI, 2016). Cabe salientar que estudos que avaliem este serviço ainda são escassos, o que demonstra a urgência em empreender novas investigações para desvelarem particularidades sombreadas pelo desconhecimento dessa realidade.

Dentre as possibilidades de aparatos intersetoriais de apoio às PcD, o Centro-dia de referência para pessoas com deficiência consiste em um equipamento que deve ser capaz de oferecer serviços articulados nas dimensões: desenvolvimento da convivência, fortalecimento de vínculo familiar, social e grupal e aprimoramento dos cuidados pessoais. Tal conjuntura foi criada para atender às necessidades da PcD e seus familiares durante o dia, tendo estes que voltar às suas residências após realização da assistência planejada. Estudo realizado nas capitais nordestinas brasileiras para avaliar a implantação de centro-dia para PcD encontrou alguns percalços como espaços físicos sem condições mínimas de acessibilidade; impasses relacionados à divisão de responsabilidades intersetoriais para realização das ações propostas e dificuldades de repasse financeiro pelas instâncias estaduais (ARAÚJO; BOULLOSA, 2015);

Em Aracaju, ao analisar atuação de Cento-dia nesta localidade, identificou-se como desafios o pouco envolvimento dos familiares, a falta de materiais para realização das atividades e indisponibilidade de veículos adaptados para ampliar o acesso das pessoas com deficiência até o local (CORREIA; MOTTA, 2018).

Estas evidências nos remetem à compreensão de que a lacuna referente a esse equipamento social não se limita à 17ª Regional de Saúde, mas também em diferentes regiões brasileiras, as quais mostram que mesmo havendo o serviço, apresentam-se ainda de forma inicial e incipiente. Esta realidade é um convite para que se explore a temática de como estes pontos intersetorias estão sendo implantados, quando o são, a fim de instigar novos olhares e colaborar para trazê-las às agendas públicas como prioridade.

A garantia da atenção integral à PcD requer ações que contemplem ações nos diferentes níveis de atenção, ao longo de todo o ciclo de vida. Sabe-se que no caso das deficiências, quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento da deficiência, melhor será o prognóstico e a reabilitação. A lacuna existente na disposição de serviços especializados em nível terciário para crianças com algum tipo de deficiência sinalizam determinadas características que nos permitem tecer considerações acerca de uma organização de serviços de saúde incompleta, a qual fere diretamente o direito de integralidade da criança nessa condição.

Somada a isso, a deficiência de maternidades de alto risco e que ofereçam o teste da orelhinha contrapõe as metas do Ministério da Saúde para implantação da Triagem Auditiva Neonatal (TAN) nas maternidades de alto risco em todo o Brasil. A TAN deve ser gratuita e desde 2010 é determinado por lei que nenhuma criança saia da maternidade sem fazer o teste (DIAS, 2017). Exame simples, contido entre os exames de triagem neonatal, objetiva diagnosticar precocemente disfunções auditivas, para proporcionar melhor qualidade de vida ao recém-nascido e à família (OLIVEIRA, 2016; LACERDA et al., 2017).

Sendo Icó município polo da regional, referência para realização dos pré-natais de alto risco da região, responsável por referenciar a gestante para a maternidade de alto risco quando indicado tempo de parir, questiona-se o fato de ter sido o município que pior avaliou esse serviço. Cabe investigação mais detalhada do acesso a esse serviço pelas parturientes e a articulação do mesmo com a APS.

Algo que chama atenção nesse estudo se refere à discrepância sinalizada por duas cidades de pequeno porte vizinhas, em que uma avaliou o serviço de maternidade e pediatria com um funcionamento bom, em contrapartida, a outra avaliou como ausente, o que evidencia que mesmo cidades de portes semelhantes e convivendo em territórios próximos se mostram heterogêneas quanto à disposição dos serviços de saúde. A heterogeneidade entre os municípios de um território é um dos fatores que justificam a reunião intermunicipal em uma Região de Saúde para reduzir essas diferenças.

Identifica-se também na 17ª Região de Saúde fragilidade no que se refere à contra referência dos serviços especializados para APS. Essa afirmação vai ao encontro de estudos recentes que identificaram uma desarticulação entre os serviços especializados disponíveis em suas regionais e a APS no que tange à contra referência (SANTOS; GIOVANELA, 2013; PEREIRA; MACHADO, 2018). Isto revela uma fragmentação assistencial gerada por falha na comunicação entre os serviços os quais o indivíduo transita em busca de sua assistência, com perdas de informações importantes à continuidade assistencial, o que compromete inexoravelmente a integralidade da assistência.

Edificam-se como bem avaliados os serviços: CEO, CRAS e CREAS. No Artigo 21 da Portaria nº 793/2012 determina que o CEO deva ampliar e qualificar o cuidado às especificidades da pessoa com deficiência que necessite de atendimento

odontológico (BRASIL, 2012a). Muito embora, estudo tenha evidenciado que algumas dificuldades em atender satisfatoriamente o público com deficiência, principalmente aqueles com paralisia cerebral, os quais precisam de anestesia geral para serem submetidos a procedimentos odontológicos, o que repercute em sua maioria em infecções bucais, doenças gengivais e comprometimento bucal de formas graves (MACHADO, 2017).

Por outro lado, o Centro de Referência e Assistência Social (CRAS) e o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) são serviços intersetoriais que devem auxiliar o setor saúde para ampliar o espectro dos resultados de suas ações e romper com a fragmentação proposta pelas atividades exercidas pontualmente e de forma reducionista. Experiência de alunos do curso de medicina com o uso de Plano Terapêutico Singular (PTS) envolvendo o CRAS e profissionais da APS se mostrou bastante exitosa e logrou resultados estimuladores (VALE MINA; SOUSA, 2018).

No caso do CREAS, como atua junto a famílias em situação de vulnerabilidade e risco social/pessoal por ameaça ou violação de direitos, conforme Petegrosso e Ferrari (2018), percebe-se sua essencial importância na realidade da rede que assiste a pessoa com deficiência.

Identificou-se, na visão dos participantes, insuficiência da disponibilidade de pontos de atenção à pessoa com deficiência (PcD), assim como precariedade na articulação dos mesmos com a APS. Essa realidade impacta diretamente na atenção integral à pessoa com deficiência (PcD), uma vez que, além de serviços disponíveis nos diferentes níveis de atenção, é imprescindível que esses serviços se articulem entre si. Muito embora, na atualidade ainda se observe uma persistente desarticulação desses pontos de atenção, pois os profissionais ainda prestam atenção isolada em seus campos de atuação, e reproduzem ações fragmentadas e pontuais (MACHADO et al., 2018).

Pereira e Machado (2016) consideram desafiador o apontado no inciso III, do Artigo 3º da portaria 793/2012, a qual define os objetivos gerais da rede, dando garantias de articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território. Entende-se que a articulação desses pontos de atenção é fundamental para que o sistema funcione integrado, de forma a assegurar a integralidade do cuidado às pessoas com deficiência (MACHADO et al., 2018).

6.4 Dimensão Sistemas de Apoio: Assistência Farmacêutica e Diagnóstica

Os Sistemas de Apoio, terceiro componente das Redes de Atenção à Saúde, são espaços comuns e transversais a todos os pontos de atenção. Compreendem o apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde (MENDES, 2011; OLIVEIRA, 2016). Em um modelo de atenção em rede, esses sistemas se interligam e se comunicam fluidamente com a APS e com os demais níveis de atenção (MENDES, 2011).

Esta dimensão foi subdividida em três componentes: padronização, eficiência e atividades. Avaliada pelos participantes da pesquisa preponderantemente como incipiente, remete ao entendimento de mau funcionamento desse quesito a priori, ou um desconhecimento do real funcionamento deste em função do pouco contato que a equipe de ESF tem com a parte organizacional do setor saúde e por isso pouca autoridade para opinar sobre o Sistema de Apoio.

Do ponto de vista da avaliação geral, essa dimensão funcionando de forma incipiente, pode apontar em lacuna nos serviços de patologia clínica e de imagem, de apoio para as decisões terapêuticas, nos ciclos logísticos de seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição dos medicamentos, na elaboração do memento terapêutico, dispensação, seguimento terapêutico, atendimento farmacêutico, facilitação da adesão ao tratamento, conciliação de medicamentos e farmacovigilância (MENDES, 2011).

Dentro do apoio diagnóstico e terapêutico, os protocolos clínicos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços, cumprindo importante papel no apoio às equipes que atuam nos diferentes pontos das Redes de Atenção à Saúde. Caso não sejam utilizados, ou sejam utilizados os protocolos de forma incipiente, reduz-se a possibilidade de oferecer atenção à pessoa com deficiência fundamentada em estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas (BRASIL, 2014b).

A incipiência no uso dos protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação coloca em risco o desenvolvimento de

melhores práticas nos processos de trabalho em saúde da pessoa com deficiência, negando a diretriz que aborda o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (PEREIRA; LIMA; MACHADO, 2018).

É sabido que em diversos municípios, a discussão sobre o emprego dos protocolos não acontece, quando acontece não é de forma clara, participativa ou democrática. Possivelmente essa situação esteja relacionada a condução da gestão do processo de trabalho, ou seja, com a forma como gestores e trabalhadores estão realizando suas atividades cotidianas. Ressalta-se que os gestores não se posicionam e delegam aos profissionais as responsabilidades da condução das ações de saúde, não havendo intervenções no processo de trabalho e não sendo instituídos momentos de avaliação. A literatura aponta que diversos profissionais estão fazendo as ações cotidianas com a utilização de tecnologias que aprenderam há algum tempo e que nem sempre realizam de forma reflexiva ou crítica a avaliação (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

Enfatiza-se que também é comum os gestores chamarem para si a responsabilidade de definição pela adoção dos protocolos e apenas comunicam sua implantação. Essa situação pode ocasionar acomodação dos profissionais e resultar em um trabalho rotineiro e desestimulante. Com isso, a falta de problematização do processo de trabalho não permite que os protocolos tenham significado para seu cotidiano, fazendo com que tanto os gestores quanto a equipe não se preocupem com a existência ou acompanhamento de protocolos no cotidiano, ficando com a impressão de que o emprego de protocolos não se constitui em uma ação importante no funcionamento da RCPD (WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009).

6.5 Dimensão Sistema Logístico: Estrutura Comunicacional da Rede

Um quarto componente das Redes de Atenção à Saúde são os sistemas logísticos. Estes garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas na RAS por meio de tecnologias de informação, as quais viabilizam a referência e a contra referência eficaz sem percas de informação ao longo dos pontos de atenção e sistemas de apoio da rede. Os principais sistemas logísticos das RASs são o cartão de identificação dos usuários, prontuário eletrônico,

sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e sistemas de transporte em saúde (MENDES, 2011).

A dimensão sistemas logísticos se refere à estrutura comunicacional da rede, a qual foi subdividida nesse estudo em três componentes, são eles: registro, particularidades do prontuário eletrônico e integração.

Nesse estudo, somente a cidade de Orós possuía o prontuário eletrônico como ferramenta de trabalho e articulação na RCPD. Estudo realizado em Minas gerais, com 20 ESF também encontrou a ausência do prontuário eletrônico, dados que revelam a existência dessa lacuna em outros estados brasileiros (GONÇALVES et al., 2013).

O prontuário eletrônico é uma das principais ferramentas de tecnologias de informação e comunicação em saúde, sendo um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários, fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos (SANTOS et al., 2017; GONÇALVES et al., 2013).

Sabe-se que em muitas regiões do Brasil, o que se vivencia pelas Equipes de Saúde da Família é a utilização de prontuário centrado na lógica de atendimento individual, quando organizado pela família, observa-se acúmulos de fichas individuais em um único envelope familiar, apresentando condições precárias, como rasuras, preenchimentos inadequados, incompletos, ilegíveis e com informações sucintas. Essas condições corroboram a falta de segurança, a confiabilidade e a fragilidade no apoio à decisão clínica, prejudicando a atenção, atendimento ao cliente e dificultando a atuação dos profissionais e gestores (MARTINS; SARTOR; SILVA, 2017).

Acredita-se que a ausência do prontuário eletrônico na maioria dos municípios na Regional de Saúde avaliada, assim como a não existência de um PEP que integre todos os pontos de atenção dessa Regional, dificulta a operacionalização de duas diretrizes que norteiam o funcionamento RCPD, ou seja, a garantia de acesso e de qualidade dos serviços. Isto impacta negativamente na oferta do cuidado integral e assistência multiprofissional sob a lógica interdisciplinar, consequentemente, inviabiliza a organização dos serviços em Rede de Atenção à Saúde regionalizada.

Ainda quanto à integração dos serviços e acesso aos mesmos, identificou-se que não há ainda na região estudada uma descentralização da regulação, realidade que pode representar outras regiões de saúde no Brasil. Sabe-se que a descentralização para a APS da marcação das consultas especializadas, exames e agendamentos em geral melhora o acesso da demanda até o local do agendamento, entretanto, abre-se uma lacuna no que diz respeito à melhoria do acesso aos serviços agendados e diminuição do tempo de espera. Estudo realizado no Rio de Janeiro sobre a descentralização da regulação para APS ocorrida entre os anos de 2013 e 2017 demonstrou um substancial crescimento na demanda sem correspondente aumento da oferta, ocasionando aumento na fila de espera (GONÇALVES; SANTOS, 2019). Esses dados confirmam que descentralização da regulação sem o respectivo aumento da oferta não soluciona o problema das filas de espera e acesso aos serviços.

6.6 Dimensão Sistema de Governança: Estrutura Organizacional

O quinto componente da RAS, a Governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde. Ela gere as relações entre APS e os pontos de atenção secundários e terciários, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes. A governança deve ser exercida pela cooperação entre os diversos segmentos sociais, individuais e coletivos, juntamente aos seus representantes gestores da Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Comissão Intergestora Regional (CIR) e Comissão Intergestora Bipartite (CIB) (MENDES, 2011).

Por esse prisma, a dimensão sistema de governança da rede se refere à estrutura organizacional da rede, relacionada à gestão política e administrativa da mesma. Para melhor compreensão, Foi subdividida, nesse estudo, em cinco componentes, são eles: desenho, planejamento, avaliação, eficiência e contratos.

Componente pouco desenvolvido nos achados deste estudo, o que nos possibilita questionar o real conhecimento pelos profissionais e gestores da pesquisa acerca dos quesitos investigados nessa dimensão, os quais estão relacionados

intrinsecamente à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), em que ficou evidente a pouca apropriação pelos mesmos para opinar.

Sugerem-se estudos que avaliem a tipologia de governança adotada nas regiões de saúde, a percepção dos profissionais da rede acerca desse componente para ampliar a discussão em torno dessa temática e evidenciar a importância de uma governança no formato de rede para se atingir a integração dos pontos de atenção e a integralidade da assistência à saúde.

Além de ser um recurso que possibilita o gerenciamento e a integração entre os componentes da rede, a governança ainda viabiliza o processo de planejamento, monitoramento, avaliação e tomada de decisão. Esse componente implica a existência de alguns atributos, como eficácia, equidade, eficiência, credibilidade e legitimidade e seus mecanismos de atuação que devem pautar a operacionalização da assistência (OLIVEIRA, 2016).

Estudos que avaliaram outras redes encontraram incipiência em relação à governança. Constatando-se que o debate regional ainda é centrado em assuntos classificados como urgentes, com disputas por recursos entre os municípios, além de ser influenciado pela rotatividade dos gestores, grau de autonomia, qualificação técnica e políticas partidárias (SANTOS, 2017; MEDEIROS; GERHARDT, 2015).

Ao desconhecerem e não aderirem aos objetivos da RCPD, os gestores da 17ª Região de Saúde põem em risco a qualificação do atendimento às pessoas com deficiência, com foco na organização de rede e na atenção integral à saúde.

6.7 Dimensão Modelo de Atenção à Saúde: Fragmentado x Integrado

O terceiro elemento constitutivo das RASs, o Modelo de Atenção à Saúde, diz respeito à organização e funcionamento da rede quanto à existência do reconhecimento da população estratificada por riscos e quanto ao foco das intervenções: se reativo aos problemas de saúde com enfoque curativista e funcionamento fragmentado, o que lhe define “modelo de atenção às condições agudas”; ou um olhar mais integral com ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, caracterizado como “modelo de atenção às condições crônicas”. O foco das intervenções em saúde é, sem dúvida, influenciado pela visão que prevalece de

saúde por parte dos profissionais dos serviços de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Avalia-se nesta dimensão, alguns quesitos que caracterizam um modelo de atenção à saúde, como: ações voltadas para reconhecimento de prioridades (classificação de risco, estratificação da população, existência e utilização de linhas guias, plano de cuidados para gestão de caso); empoderamento do usuário; ações de promoção e prevenção; e capacitação profissional.

Identifica-se importante debilidade na gestão de caso das deficiências no que se refere a não utilização de protocolos e linhas guias que sistematizem e uniformizem a atenção às pessoas com deficiência (PcD). Este fato aponta mais uma vez a lacuna referente à sistematização do planejamento e manejo das necessidades de saúde desse público e reafirma a dificuldade perceptível que os profissionais desta região convivem na lida com a pessoa com deficiência (PcD), o que se acentua ainda mais com a carência de educação permanente que capacite estes profissionais a desenvolverem competências necessárias para atender satisfatoriamente esta clientela.

Acentua ainda mais esta lacuna assistencial a cultura profissional tradicional predominante na investigação de não envolvimento do cliente/usuário e familiares no seu plano de cuidados. Isto compromete incisivamente o empoderamento deste público e a oportunidade de opinar sobre seu próprio tratamento e adequá-lo à sua realidade, o que o torna menos atraente e factível de falência.

Estes achados corroboram com estudo realizado no Rio Grande do Sul, especificamente, na 28ª Região de Saúde, sobre implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, a qual se encontra em fase inicial de implantação, e evidencia a necessidade de implementar estratégias e ações que visem a capacitação das equipes que prestam assistência a esse público, evidência esta reafirmada pelos profissionais participantes da pesquisa que ressaltaram a indispensabilidade de capacitações continuadas para os profissionais que assistem a PcD. Relataram também a importância de engajar o usuário e familiares na atenção à saúde por meio de ações de educação em saúde para o empoderamento dos mesmos para qualificação da assistência e aproximação de um cuidado integral (MAGEDANZ et al., 2018).

As decisões clínicas terapêuticas devem estar fundamentadas em evidências científicas e impreterivelmente discutidas com o usuário e familiares a fim de que possam compreender e participar ativamente da escolha do melhor plano terapêutico que se adeque ao seu contexto biopsicossocial. Os profissionais de saúde precisam ter acesso à educação permanente que lhes disponibilize as melhores evidências por meio de metodologias educacionais atuais para lhes dar subsídio para aperfeiçoarem suas condutas e melhor assistirem seus públicos (MENDES, 2011).

Emerge, neste estudo, em meio a um contexto de fragilidades, uma fortaleza de essencial importância para a priorização da qualidade de vida e prevenção de agravos, são as ações de promoção da saúde. Estas se caracterizam por exercerem influência sobre o comportamento e mudanças no estilo de vida das pessoas por incentivarem a busca de um padrão adequado de alimentação, de habitação, de saneamento básico, de condições de trabalho, de acesso à educação (AZEVEDO; SILVA; REIS, 2019). Estudos de intervenção com ações de promoção da saúde na APS têm logrado resultados animadores em estudos recentes que investigam seus impactos na prevenção e na qualidade de vida com enfoque em situações de agravos à saúde crônicos como Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (ALBUQUERQUE NETO, 2019).

Frente ao trajeto percorrido nessa tênue divagação, avulta-se na 17ª CRES um modelo de atenção à saúde ainda fragmentado, reativo às condições agudas com uma APS reconhecida como importante ponto de atenção entre os níveis ofertados. Porém não exerce o papel de ordenadora e coordenadora da rede, devido insuficiência de meios operacionais que possibilitem como: o registro das informações e compartilhamento do mesmo entre os diferentes pontos de atenção para continuidade da assistência, o controle do fluxo e contra fluxo entre estes serviços, a atualização profissional para melhor assistir as PcD, bem como modelagens terapêuticas e de fluxos assistenciais para as diferentes deficiências.

6.8 Implicações

Admite-se uma territorialização incompleta, com lacunas na identificação da população por riscos e vulnerabilidades, consequentemente, na identificação de

prioridades das PcD, no desconhecimento das metas e pactuações regionais de sua Região, o que repercute negativamente no planejamento de ações de saúde para esse público.

Identificou-se Equipes de Estratégia Saúde Família (ESF) em todos os municípios, funcionando em uma Atenção Primária à Saúde prioritária em termos de estar a frente dos outros níveis de atenção em relação aos quesitos avaliados, considerada porta de entrada para os serviços especializados e um importante reconhecimento de vínculo entre as equipes e as PcD e familiares, com inegável aprovação do apoio matricial do NASF.

Entretanto, conforme a tipologia de Mendes (2011) não se concebe à APS da 17ª Região de Saúde a função de coordenadora devido debilidade dos registros epidemiológicos, gerenciais, e uma débil articulação com os serviços especializados, o que compromete a longitudinalidade; incipiência de protocolos e linhas guias para orientar o manejo das deficiências e frágil interação dessas equipes com os demais serviços de atenção à PcD.

Esta fragilidade para o exercício da coordenação se acentua com a inércia dos sistemas transversais à rede evidenciada pela ausência do prontuário eletrônico e, conseqüentemente, indisponibilidade dos registros para os outros níveis de assistência à saúde; assim como a ausência de marcações diretas da APS para exames, consultas especializadas, o que dificulta o acesso do usuário aos outros serviços e inibe a autonomia destas equipes.

A título dos pontos de atenção secundários e terciários que devem compor uma RCPD, precariedades se abalizam na ausência de pontos essenciais à RCPD, os quais são os Centros Especializados em Reabilitação (CER), oficinas ortopédicas, pontos da Rede de Urgência e Emergência (UPA 24h e SAMU);

Cabe frisar que protocolos e linhas guias são instrumentos incomuns em todos os elementos da rede. Esta lacuna nos revela nuances relacionadas à languidez na comunicação entre as equipes de APS e os serviços, dificuldades para a programação de ações e a padronização de determinados recursos. Dessa forma, os papéis das equipes de APS em relação a cada condição de saúde, e as situações em que as pessoas devem ser referenciadas ao ponto de atenção secundária ou terciária de uma RAS não estão claramente estabelecidos, tendo como consequência, o não retorno desse usuário para os serviços da APS, o que

compromete diretamente o vínculo, porta de entrada preferencial, e acompanhamento ao longo da rede pela APS, condições necessárias à coordenação da mesma.

O sistema responsável por gerir a rede e manter coesos os diferentes pontos de atenção desta em prol de um objetivo, visão e missão da mesma, revelou-se frágil e indiferente à realidade dos participantes, uma vez que os mesmos em sua grande maioria demonstraram desconhecimento de suas nuances. Esse achado corrobora com estudo realizado para avaliar o conhecimento de enfermeiros sobre as RAS, que evidenciou o desconhecimento pelos mesmos sobre esses elementos constituintes, além de confusão para diferenciar os diferentes níveis de atenção à saúde (MOLL et al., 2017). Isto reafirma um arranjo de serviços que desenvolvem suas atividades isoladamente e desarticulados, com uma comunicação deficiente entre si. Arranjo este oposto à conformação em Redes de Atenção à Saúde.

Nunes (2018) chama atenção para a distância entre o que foi originalmente estabelecido como meta para a consolidação dos direitos da pessoa com deficiência e o que tem sido cumprido realmente no Brasil. O fracasso é evidenciado no acesso aos serviços de reabilitação e tecnologias assistivas. Na saúde, ao se pensar na RCPD, visava-se ampliar as ações de prevenção às deficiências, atendimento odontológico especializado, reabilitação das deficiências como um todo, ampliação das redes de atendimentos, acesso a órteses, próteses, e também um reforço de ações clínicas e terapêuticas, com a elaboração e publicação de protocolos e diretrizes clínicas de várias patologias associadas à deficiência.

Muito embora tenha sido possível identificar uma APS sensibilizada para a atenção às pessoas com deficiência, ainda que circundada por importantes dificuldades, roga-se pela atenção da gestão para que priorizem esse público em suas agendas de saúde e disponibilizem educação permanente para os seus profissionais a fim de que desenvolvam competências para atenderem essas pessoas. Deve-se abrir espaços de discussão para elaboração de protocolos e linhas guias a fim de viabilizar a sistematização do cuidado aos diferentes problemas de saúde decorrentes das deficiências, e união de forças entre os gestores para disponibilização dos pontos de atenção essenciais à atenção integral da PcD.

7 CONCLUSÃO

Ao final dessa avaliação, retomamos algumas indagações iniciais com a certeza do inacabamento de qualquer investigação. O estudo proposto expôs um mosaico de áreas críticas convivendo imbricadas com algumas áreas fortalecidas que evidenciam um estágio inicial de tentativa de organização em rede, porém, se configura em uma atenção fragmentada executada por serviços frágeis em suas comunicações, comprometendo a integralidade da assistência às PcD.

Essa realidade demonstra que a 17ª Região de Saúde não se encontra estática e presa a um modelo de atenção retrógrado e indissoluto, mas aponta para um processo dinâmico de construção de novos paradigmas em conformidade com o processo de consolidação do SUS que paulatinamente vem ascendendo para seu aperfeiçoamento.

O ápice do desenvolvimento da região estudada, que a aproxima da organização em rede, encontra-se na APS reconhecida como porta de entrada para os outros níveis de atenção, responsável pelo referenciamento para os outros níveis da assistência, acesso ao primeiro contato para resolução das demandas da sua população. Muito embora o que prejudica sua coordenação de forma robusta sejam as lacunas comunicacionais evidenciadas entre os profissionais da assistência, principalmente no quesito contra-referência, linhas-guias e prontuário eletrônico. Quesitos que interferem diretamente na comunicação entre APS e os sistemas de apoio e logístico.

Desse modo, não se consegue viabilizar uma rede regionalizada com serviços integrados e cuidados coordenados pelos profissionais da APS na Região de Saúde estudada. O que se identificam são serviços de assistência à saúde nos níveis primários, secundários e terciários, funcionando cada um dentro de uma realidade restrita ao seu nível de complexidade, que entre o rol de atividades, assistem também às pessoas com deficiência, entretanto, não se encontram serviços especializados, construídos e organizados para atendimento específico e prioritário deste público.

A avaliação geral classifica a Rede estudada em “Capacidade básica para operar RASs: rede de atenção à saúde incipiente”. Essa avaliação confirma a

hipótese inicial de que a rede de saúde investigada funciona em estágio inicial de implantação, apresentando lacunas na comunicação e na disponibilidade dos serviços que devem compor uma RCPD, com uma comunicação insuficiente entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e os pontos de atenção.

Avaliar municípios distintos pertencentes a uma regional permitiu identificar um panorama de diversidades que permeiam as cidades vizinhas. Por exemplo, enquanto uma já utiliza o Prontuário Eletrônico do Paciente, as outras nem iniciaram ainda seu processo de implantação, entre outras particularidades que demonstram que mesmo cidades divisas de pequeno porte não são homogêneas e apresentam particularidades que podem ser fortalecidas com a reunião compartilhada de recursos em uma Região de Saúde.

Os achados evidenciados nesta pesquisa revelam nuances que podem representar além da 17ª Região de Saúde, outras regiões no território brasileiro. Por esse prisma, pretende-se contribuir com os estudos em Regiões de Saúde, ao disponibilizar dados que revelam as principais fragilidades e conquistas em cada dimensão/ elemento que compõem uma RAS. Investigar áreas críticas e fortalecidas advindas de contextos de redes regionalizadas traz importantes indicativos para formulação ou readequação de políticas de saúde (SANTOS; GIOVANELA, 2013).

Destacam-se como pontos fortes da pesquisa, o desenvolvimento de um estudo que avalia a ESF num contexto de Região de Saúde, destacando a posição da ESF na integração de serviços entre distintos municípios e a integração de uma rede regionalizada de saúde, além de revelar e discutir particularidades dos elementos operacionais de uma RAS. Sobressai, ainda, na avaliação a participação de distintos sujeitos, permitindo perspectivas diversificadas acerca do tema.

Uma limitação identificada neste estudo reside no não conhecimento prévio da compreensão que os profissionais e gestores tinham acerca dos elementos constituintes de uma rede de atenção à saúde e em especial da RCPD. O que nos indicam achados relacionados ao nível de conhecimento dos participantes do estudo, e suas articulações com os elementos avaliados. Isto nos remete à reflexão de que pode não haver uma comunicação efetiva entre os profissionais da APS e os sistemas de apoio e logísticos, o que torna uma assistência fragmentada e mais difícil de se conquistar uma atenção integral, objetivo de uma RAS.

No entendimento atual, onde as palavras “holístico” e “integral” estão em evidência, admite-se que todos fazemos parte de uma grande rede, influenciando e sendo influenciados; seja pelas redes sociais, rede de internet, rede de telecomunicações, entre outros. Similarmente, no Sistema Único de Saúde, a compreensão que prepondera é a de que para se conquistar um nível de saúde elevado, reconhece-a como um bem estar biopsicossocial, sendo imprescindível a soma de atores e serviços que por meio de comunicações efetivas se articulem para propiciar uma atenção integral aos seres humanos que são muito além de uma soma de partes, uma unicidade complexa e dinâmica.

Admite-se que a distância de um sistema fragmentado para um organizado em redes reside no fator tempo, e o combustível que pode acelerar a chegada dessa realidade é o conhecimento. Desse modo, sugestiona-se a importância de novas investigações de Redes de Atenção à Saúde, em especial a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que revelem suas dificuldades, fortalezas, que possibilitem identificar a que distância do ideal caminha e assim promovam novas aberturas para discussões e possibilidades de fortalecimento.

8 PRODUTO DA DISSERTAÇÃO: MATRIZ SÍNTESE DOS RESULTADOS E OPORTUNIDADES

Quadro 9 - Áreas Críticas X Áreas Fortalecidas para o desempenho da RCPD/ Oportunidades. Crato-CE, 2019.

ELEMENTOS DA RAS	
Áreas Críticas	Áreas fortalecidas
POPULAÇÃO	
-Desconhecimento do PDR pelos profissionais e gestores; -Formatação da rede não atende às reais necessidades da PcD; -Processo de territorialização da rede; -Adscrição de toda a população à uma equipe de ESF; -População não está subdividida por condição de saúde estabelecida; -Identificação dos pontos secundários e terciários da RCPD;	-Cadastramento por unidade familiar;
APS	
-Utilização de instrumentos de abordagem familiar; -Linhas guias para estabelecer responsabilidades de cada membro da equipe de APS e orientar o manejo às deficiências; -Definição das relações entre APS e os demais pontos da rede; -Registro e disponibilização de dados clínicos, epidemiológicos, e gerenciais por sistema de informação; -Interação APS e setor especializado; -Classificação de risco e protocolos clínicos para eventos agudos;	-Porta de entrada; - Vínculo da equipe ESF e pessoas com deficiência e suas famílias; -Apoio Matricial do NASF; -Organização dos prontuários por unidade familiar;
PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIO, TERCIÁRIO E INTERSETORIAL	
-Desconhecimento da RCPD; -Ausência de Serviços intersetoriais de apoio à PcD e familiares: Centro-dia, Residência Inclusiva; -Ausência de pontos de atenção: CER, oficinas ortopédicas;	-CEO Regional integração com APS; -CRAS integração com APS; -CREAS integração com APS;

ELEMENTOS DA RAS	
-Rede de Urgência e Emergência: ausência de UPA 24h, e SAMU; -Linhas guias para modelagens dos serviços disponíveis e organização	
SISTEMA DE APOIO	
-Linhas guias para seleção de medicamentos; -Programação a partir das necessidades da população com algum tipo de deficiência; - Protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados; - Descentralização da coleta das amostras; - Protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação; - Utilização de formulários terapêuticos; - Atenção farmacêutica; - Conciliação de medicamentos; -Manejo da adesão aos tratamentos medicamentosos; - Farmacovigilância; -Sistema de exames de imagem, construído com base em escala e qualidade;	-Armazenamento e distribuição racional dos insumos farmacêuticos;
SISTEMA LOGÍSTICO	
- Prontuário eletrônico; - Agendamento direto pela equipe de APS para outros pontos de atenção na RCPD.	-Cartão do E-SUS;
SISTEMA DE GOVERNANÇA	
- Desconhecimento pelos participantes da pesquisa acerca desse componente.	
MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	
- Carência de linhas-guias; - Carência de utilização de instrumentos operacionais para ações de prevenção, gestão da clínica e estratificação de risco da PcD; - Carência de Plano de cuidados para as PcD; - Carência de Educação Permanente em atenção às PcD; - Carência de Educação em Saúde para as PcD;	-Ações de Promoção à Saúde

ELEMENTOS DA RAS	
- Carência de estabelecimento de metas de atenção às PcD; - Carência no empoderamento da PcD e seus familiares na atenção à saúde; -Carência de incentivos, assim como da avaliação das ações dos profissionais voltadas para as PcD.	
OPORTUNIDADES/ PROPOSTAS	
-Educação Permanente como uma estratégia que deve ser priorizada para desenvolver competências relacionadas a identificação precoce de condições de saúde limitantes que as classifiquem como deficiência: física, visual, auditiva, intelectual, seja no pré-natal, puericultura, visita domiciliar ou consultas rotineiras. - Estudos de intervenção com a finalidade de evidenciarem novas metodologias de abordagens educativas para utilização de ferramentas de abordagem familiar. - Oficinas que possibilitem a discussão e construção conjunta, membros da equipe ESF e gestores municipais de linhas guias, que estabeleçam as responsabilidades de cada membro da equipe de APS e orientem o manejo às deficiências; assim como linhas guias que desenhem as modelagens dos serviços disponíveis para as PcD da sua Região de Saúde. - Construção de linhas guias com a seleção de medicamentos, exames e insumos que possam ser utilizados pelas PcD e que devem ser priorizados para disponibilização pela administração municipal. Esta ocasião deve acontecer com a presença do farmacêutico, equipe ESF, NASF, quando houver, e gestores. -Discussão das necessidades da atenção farmacêutica e de insumos das PcD e construção de protocolos clínicos que orientem as indicações e manejos dos exames laboratoriais e de imagem para a mesma. -Estudos que evidenciem os impactos da implantação de Prontruário Eletrônico na organização dos serviços de saúde, integração e acesso aos mesmos a fim de impulsionar essa realidade em outros locais ainda não contemplados com o PEP.	

Fonte: Própria autora.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, M.V.; LIMA, L.D.; OLIVEIRA, R.A.D.; SCATENA, J.H.G.; MARTINELLI, N.L.; PEREIRA, A. M. M. Governança regional do sistema de saúde no Brasil: configurações de atores e papel das comissões intergovernamentais. **Ciênc Saúde Colet.**, v.23, n.10, 2018. doi: 10.1590/1413-812320182310.13032018. Acesso em: 23 out. 2018.

ALENCAR, M.N.; COIMBRA, L.C.; MORAIS, A.P.P.; SILVA, A.A.M.; PINHEIRO, S.R.A.; QUEIROZ, R.C.S. Evaluation of the family focus and community orientation in the Family Health Strategy. **Ciênc Saúde Colet.**, v.19, n.2, 2014. doi: 10.1590/1413-81232014192.08522012. Acesso em: 25 out. 2018.

ALVES, M.O.; MAGALHÃES, S.C.M.; COELHO, B.A. A regionalização da saúde e a assistência aos usuários com câncer de mama. **Saúde Soc. [online]**, v.26, n.1, p.141-154, 2017. doi: 10.1590/s0104-12902017160663. Acesso em: 2 fev. 2019.

AMARAL, C.E.M.; BOSI, M.L.M. Network as transconcept: elements for a conceptual demarcation in the field of public health. **Revista de Saúde Pública [online]**, v. 50, p.51, 2016. doi: 10.1590/S1518-8787.2016050006306. Acesso 10 Nov. 2019.

AMORIM, E.G.; LIBERALI, R.; MEDEIROS N.; MORAIS, O. Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil: uma revisão integrativa. **HOLOS**, v. 1, 2018. Disponível em: <http://www2.ifrn.edu.br/ojs/index.php/HOLOS/article/view/5775>. Acesso em: 24 Out. 2019.

ARAÚJO, E.T.; BOULLOSA, R.F. Avaliação da implementação do Centro-Dia para Pessoas com Deficiência: entre inovação e aprendizagem em políticas públicas. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, v.3, n.3, p.123-36, 2015. Disponível em: <http://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/10572>. Acesso em: 13 Out. 2018.

AZEVEDO, A.V.; SILVA, M.A.; REIS, T.C.M. Promoção da saúde no contexto das redes sociais significativas. **Nova Perspectiva Sistêmica**, n.63, p.55-66, 2019. doi: 10.21452/2594-43632019v28n63a03. Acesso em: 18 Nov 2019.

BARBOSA, M.J.L.; RODRIGUES, P.P.; BARBOSA, A.M.L.; LUCIANO M.A.; ALENCAR, L.M.; MAIA, E.R. Processo de Avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica. **Revista Contexto & Saúde**, v.18, n.35, p.50-60, 2018. Disponível em: <https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/8206>. Acesso em: 24 de Out 2019.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; FAUSTO, M.C.R.; MEDINA, M.G.; MARTINS, C.L.; ALMEIDA, P.F.; CAMPOS, E.M.S.; MOTA, P.H.S. A atenção primária em regiões de saúde: política, estrutura e organização. **Cad. Saúde Pública**, v.5, supl.2, 2019. Disponível em: 10.1590/0102-311X00099118. Acesso em: 6 de Out 2019.

BRANTE, A.R.S.; MARTINS, D.S.; NEVES, F.M.V.; FONSECA, J.C.; OTTONI, J.L.M.; OLIVEIRA, R.F.R. Abordagem Familiar: aplicação de ferramentas a uma família do município de Montes Claros/MG. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.11, n.38, 2016. Acesso em: 6 de Out 2019. doi: 10.5712/rbmfc11(38)953.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3**, de 28 de setembro de 2017. Dispõe sobre a consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. 2017

BRASIL. **Constituição (1988)**. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2016. 496p.

BRASIL. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.
Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 160p.

BRASIL. **Viver sem Limite**: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD), 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466** de 12 de dezembro de 2012. Trata de pesquisas e testes em seres humanos foi publicada ontem, dia 13 de junho, no Diário Oficial da União. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 1.654 de 19 de julho 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Portaria nº 4.279, de 20 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, 2010.

BRASIL. Ministério de Desenvolvimento Social e de Combata à Fome. **Resolução nº 109 de 11 de Nov de 2009**. Aprova a Tipificação Nacional dos Serviços SocioAssistenciais, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

CAIRES, E.S.; JUNIOR, P.J.S. Territorialização em saúde: uma reflexão acerca de sua importância na atenção primária. **REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.9, n.1, p.1174-1177.2017.

CAMPOS, M.; SOUZA, L.A.P.; MENDES V.L.F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface**, v.19, n.52, São Paulo, 2015.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v.23, n.2, p.399-407, 2007.

CEARÁ. Governo do Estado. Secretaria de Saúde. **Plano Estadual de Saúde**. 2016. Disponível em: https://www.saude.ce.gov.br/wp-content/uploads/sites/9/2018/06/plano_estadual_de_saude_2016_2019.pdf. Acesso em: 20 set. 2019.

CEARÁ. Governo do Estado. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. **Plano de Ação Regional da 17ª Coordenadoria Regional de Saúde**. ICÓ. 2013.

CELUPPI, I.C.; FERREIRA, J.; BASEGGIO, L.; GEREMIA, D.S; TOMBINI, L.H.T. Formação de gestores: planejamento, financiamento e regionalização do SUS. **Rev. Ciênc. Ext.**, v.14, n.4, p.156-164, 2018.

CHAVES, L.A.; JORGE, A.O.; CHERCHIGLIA, M.L.; REIS, I.A.; SANTOS, M.A.C.; SANTOS, A.F. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública**, v.34, n.2, e00201515, 2015. doi: 10.1590/0102-311X00201515. Acesso em: 5 Out 2019.

CORREIA, M.S.P.; MOTA, R.L.S. **O Centro-Dia e o atendimento às pessoas com deficiência no município de Aracaju**. Monografia (Graduação em Serviço Social) – Universidade Federal do Sergipe. Aracaju, 2018. 83f.

COSTA, J.S.D.; PATTUSSI, M.P.; MORIMOTO, T.; ARRUDA, J.S.; BRATKOWSKI, G.R.; SOPELSA, M. et al. Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.21, n.4, p.1289-1296, 2016. doi: 10.1590/1413-81232015214.15042015. Acesso em: 23 Set 2019.

COSTA, S.M.; ARAÚJO, F.F.; MARTINS, L.V.; NOBRE, L.L.R.; ARAÚJO, F.M.; RODRIGUES, C.A.Q. Agente Comunitário de Saúde: elemento nuclear das ações em saúde, **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.18, n.7, p.2147-2156, 2013. doi: 10.1590/S1413-81232013000700030. Acesso em: 13 ago. 2019.

DAMASCENO, L.G.S. Direitos humanos e proteção dos direitos das pessoas com deficiência: evolução dos sistemas global e regional de proteção. **Revista Jus Navigandi**, v.20, n.4320, 2015. Disponível em: <https://jus.com.br/artigos/32710>. Acesso em: 10 fev. 2020.

DIAS, D.C. **Caracterização da articulação na rede de cuidados à saúde do bebê de alto risco e suas fragilidades**. Dissertação (Mestrado em Ciência da Reabilitação) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo: 2019. 121f.

DIAS, W.C.F.G.S.; PASCHOAL, M.R.; CAVALCANTI, H.G. Análise da cobertura da triagem auditiva neonatal no Nordeste brasileiro. **Audiology Communication Reserch**, v.22, n.28, p.2-5, 2017.

DUBOW, C.; GARCIA, E.L.; KRUG, S.B.F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. Rio de Janeiro: **Saúde Debate**, v.42, n.117, p.455-467, 2018.

EVANGELISTA, M.J.O.; GUIMARÃES, A.M.A.N.; DOURADO, E.M.R.; VALE, F.L.B.; LINS, M.Z.S.; MATOS, M.A.B. et al. O Planejamento e a construção das Redes de Atenção à Saúde no DF. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.24, n.6, p.2115-2124, 2019. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232019000602115&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 16 Set. 2019

FARIA, R.A territorialização da atenção primária à saúde do sus: avaliação dos resultados práticos implementados numa cidade da região sul do Brasil. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde Hygeia**, v.14, n.29, 2018. doi: 10.14393/Hygeia142908. Acesso em 6 Out 2018.

FONSECA, S.D.; MATTA, M.A.T.G.; LIMA, A.M.L.D.; JORGE, A.O.; REIS, C.M.R.; ABREU, D.M.X.; et al. Compreendendo o apoio matricial e o resultado da certificação de qualidade nas áreas de atenção à criança, mulher, diabetes/hipertensão e saúde mental. **Saúde Debate**, v.38, n.esp., p.83-93, 2014.

GONÇALVES, J.B.; SANTOS, M.A.B. Oferta, demanda e filas de espera no modelo descentralizado de regulação ambulatorial especializada do município do Rio de Janeiro. 2013-2017. In: 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, 2019, João Pessoa. **Anais 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**. João Pessoa: ABRASCO, 2019. 2 p. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/38141>. Acesso em: 12 Nov. 2019.

GONÇALVES, J.P.P.; BATISTA, L.R.; CARVALHO, L.M.; OLIVEIRA, M.P.; MOREIRA, K.S.; LEITE, M.T.S. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode

contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em Debate**, v.37, n.96, p.43-50, 2013.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A.P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cad Saúde Pública**, supl.20, p.331-S336, 2004.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**: Nota técnica 01/2018. Releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf. Acesso em: 21 nov. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**: Dados preliminares. Brasília (DF); 2010. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/resultados>. Acesso em: 03 Mar 2019.

JORGE, M.S.B.; DINIZ, A.M.; LIMA, L.L.; PENHA, J.C. APOIO matricial, projeto terapêutico singular e produção do cuidado em saúde mental. **Texto contexto - enferm. [online]**, v.24, n., p.112-120, 2015. doi: [10.1590/0104-07072015002430013](https://doi.org/10.1590/0104-07072015002430013). Acesso em: 23 Jul. 2019.

JORGE, M.S.B.; PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D.; PINTO, AG.A.; SOUSA, F.S.P.; CAVALCANTE, C.M. Promoção da saúde mental - tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde colet.**, v.16 n.7, 2011.

LACERDA, G. S. L.; COSTA, F.S.; DANTAS, D.S.; COSTA, E.R.G.; RESQUE, R.L.; NASCIMENTO, A.A. et al. Triagem neonatal: o panorama atual do estado do Amapá. **Vigil. Sanit. Debate**, v.5, n.2, p.89-96, 2017. doi: 0.22239/2317-269x.00903 Acesso em: 30 de setembro de 2018

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Metodologia do trabalho científico**: procedimentos básicos, pesquisa bibliográfica, projetos e relatórios, publicações e trabalhos científicos. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MACHADO, W.C.A.; PEREIRA, J.S.; SCHOELLER, S.D.; JÚLIO, L.C.; MARTINS, M.M.F.P.S.; FIGUEIREDO, N.M.A. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.27, n.3, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v27n3/0104-0707-tce-27-03-e4480016.pdf> Acesso em 3 Mai 2019.

MACHADO, W.C.A. **O cotidiano na perspectiva da pessoa com deficiência**. Curitiba (PR) CRV Editora; 2017.

MACHADO, C.V.; LIMA, L.D.; VIANA, A.L.A.; OLIVEIRA, R.G.; IOZZI, F.L.; ALBUQUERQUE, M.V. et al. Federalismo e política de saúde: comissões intergovernamentais no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v.48, p.642-50, 2016.

MARTINS, L.; SARTOR, G.D.; SILVA, M.P. **Prontuário Eletrônico do Paciente: Adoção de novas tecnologias de acesso.** 2017. Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws>. Acesso em: 26 Out 2019.

MEDEIROS, C.R.G., GERHARDT, T.E. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. **Saúde Debate**, v.39, n.esp., p.160-170, 2015.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde.** 2. Ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.15, p.2297-305, 2010.

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

MOLL, M.F.; GOULART, M.B.; CAPRIO, A.P.; VENTURA, C.A.A.; OGOSHI, A.A.C. M. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. **Rev enferm UFPE online.**, v.11, n.1, p.86-93, 2017. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/11881/14338> Acesso em: 12 Ago. 2019.

MELLO, B.B.; JURDI, P.S.; IMBRIZI, J.M. **Cartografias cotidianas: Acompanhando o processo de implantação de uma Residência Inclusiva para jovens e adultos com deficiência intelectual.** Dissertação (Mestrado Profissional em Ciências da Saúde) – Universidade Federal de São Paulo, Baixada Santista. Santos, 2016. 130f.

MONTEIRO, E.K.R.; SANTOS, J.A.M.; SANTOS, A.A.P. Prontuário eletrônico como MAGEDANZ, M.C.B.R.; MOCELIN G.; PAPPEN M.; KIST D.R; KRUG S.B.F. Rede de cuidados às pessoas com deficiência: percepções e expectativas de profissionais da saúde, da educação e da assistência social. In: **Anais XXV Semana de Iniciação Científica.** Universidade de Santa Cruz do Sul – unisc. 2018. Disponível em: <http://dex.php/semic/article/viewhttps://online.unisc.br/acadnet/anais/in/18249>. Acesso em: 13 Mai. 2019.

MOREIRA, L.M.C.; FERRÉ, F.; ANDRADE, E.L.G. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. saúde colet.**, v.22. 4. ed., 2017. doi: 10.1590/1413-81232017224.28252016. Acesso em: 05 Jan. 2019.

NUNES, A.F. Viver sem limites, um plano a ser revisto: Programa para pessoas com deficiência foi pouco cumprido. **Folha de São Paulo.** Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/opiniao/2018/09/viver-sem-limites-um-plano-a-ser-revisto.shtml#&service=>. Acesso em: 24 Mar. 2019.

OLIVEIRA, N.R.C. **Redes de Atenção à Saúde**: a atenção à saúde organizada em redes. Nerícia Regina de Carvalho Oliveira. Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA, São Luís, 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **World report on disability**. Disponível em: <http://www.larchetoronto.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/01/launch-of-World-Report-on-DisabilityJan-27-121.pdf>. Acesso em: 20 Set. 2019.

OPS. Organização Panamericana de Saúde. **Redes Integradas de Servicios de Salud**: OPS/OMS, 2008. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=343:redes-integradas-de-servicos-de-saude-riss&Itemid=447. Acesso em: 24 Out. 2019.

OTHERO, M.B.; AYRES, J.R.C.M. Necessidades de saúde da pessoa com deficiência: a perspectiva dos sujeitos por meio de histórias de vida. **Interface**, v.16, n.40, p.219-233, 2012.

PARANÁ, Governo do Estado, Secretaria de Saúde. **Plano Estadual da Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência**. Anexo da Deliberação CIB/PR Nº 254 de 16/06/2014. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/00_NDS/Deliberacoes/2014/254_anexo.pdf. Acesso em: 20 fev 2019.

PEREIRA, A.M.M.; LIMA, L.D.; MACHADO, C.V. Descentralização e regionalização da política de saúde: abordagem histórico-comparada entre o Brasil e a Espanha. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v.23, n.7, p.2239-2252, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14131232018000702239&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 10 Set 2019.

PEREIRA, T.I.A.F.A. **A Estratégia de Saúde da Família na garantia do acesso da criança com deficiência à rede de atenção**. Dissertação (Mestrado em Direito e Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública. Sergio Arouca, Vitória da Conquista, Bahia, 2016. 135f.

PETEGROSSO, A.; FERRARI, F.P.C. O trabalho social com idosos e suas famílias. **Revista Portal de Divulgação**, n.55, 2018. Disponível em: <https://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova>. Acesso em: 23 Nov. 2018.

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. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2014. 128f.

SANTOS, W.A. **Cadastro Inclusão**: A construção de um instrumento de gestão de políticas públicas para pessoas com deficiência. Brasília, 2018. Relatório de pesquisa a ser apresentado como trabalho de conclusão da disciplina de “Residência em Políticas Públicas. Curso Gestão de Políticas Públicas – Universidade de Brasília.

SANTOS, A.F.; SOBRINHO, D.F.; ARAUJO, L.L.; SOBRINHO, D.F.; ARAUJO, L.L.; PROCÓPIO, C.S.D.; et al. Incorporação de Tecnologias de Informação e Comunicação e qualidade na atenção básica em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública [online]**, v. 33, n. 5, e00172815, 2017. doi: 10.1590/0102-311X00172815. Acesso em: 10 Nov. 2019.

SANTOS, L. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, v.22, n.4, pp.1281-1289, 2017. doi: [10.1590/1413-81232017224.26392016](https://doi.org/10.1590/1413-81232017224.26392016). Acesso em: 6 Out. 2019.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia. **Cad. Saúde Pública**, v.32, n.3, e00172214, 2016. doi 10.1590/0102-311X00172214. Acesso em: 18 Set 2018.

SANTOS, A. M.; ASSIS, M.M.A.; RODRIGUES, A.A.A.O.; NASCIMENTO, MA.A.; JORGE, M.S.B. Linhas de tensões no processo de acolhimento das equipes de saúde bucal do Programa Saúde da Família: o caso de Alagoinhas. **Cad. Saúde Pública** v.23, n.1, 2007.

SILVA, M.O. **A territorialização da atenção primária e sua relação com a ampliação do acesso ao serviço de saúde**: uma revisão integrativa. Monografia (Graduação em Saúde Coletiva) – Universidade Federal de Pernambuco, Vitória de Santo Antão, 2018. 51f.

SILVA, L.A.; CHAVES, S.C.L.; CASOTTIC, C.A. Desafio da atenção primária à saúde em municípios de pequeno porte com baixo desenvolvimento socioeconômico. **Rev Baiana Saúde**, v.40, n.2, 2016 Disponível em:<https://doi.org/10.22278/2318-2660>. Acesso em: 12 Fev. 2019.

SILVA, D.S.D. Apoio matricial em saúde mental: uma análise sob ótica dos profissionais de saúde da atenção primária. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n.6, 2011.

TESTON, L.M.; MENDES, A.; CARNUT, L.; LOUVISON, M.C.P. Desafios políticos e operacionais na percepção de gestores sobre a regionalização em saúde no Acre. **Saúde em Debate [online]**. v.43, n.121, p.314-328, 2019. doi: 10.1590/0103-1104201912102. Acesso em 15 Nov. 2019.

TETEMANN, E.C.; TRUGILHO, S.M.; SOGAME, L.C.M. Universalidade e Territorialização no SUS: contradições e tensões inerentes. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v.15, n.2, p.356-369, ago./dez., 2016.

TÔRRES, A.K.V.; SARINHO, S.W.; FELICIANO, K.V.O.; KOVACS, M.A. Acessibilidade organizacional de crianças com paralisia cerebral à reabilitação motora na cidade do Recife. **Rev. bras. saude mater. Infant**, v.11, n.4, p.427-436, 2011.

YIN, R.K. **Estudo de Caso: Planejamento e Método**. 5. ed., Porto Alegre/RS: Bookman, 2015.

UNASUS/UFMA. Universidade Aberta do SUS/Universidade Federal do Maranhão. **Redes de Atenção à Saúde: Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência/ Ana Emilia Figueiredo de Oliveira; Paola Trindade Garcia (Org.)**. São Luís: EDUFMA, 2017. 96f. Disponível em: http://www.unasus.ufma.br/site/files/livros_isbn/isbn_redes04.pdf. Acesso em: 5 de Jan 2019.

VALE MINA; A.L.; SOUZA, T.P.; **Projeto Terapêutico Singular: A experiência em saúde coletiva do curso de medicina da universidade federal do Maranhão na cidade de São Luís MA**. Monografia (Graduação em Medicina) - Universidade Federal do Maranhão, São Luiz, 2018. 39f.

VENTURA, M.M.O Estudo de Caso como Modalidade de Pesquisa. **Rev SOCERJ**. Rio de Janeiro – RJ, v.20, n.14, p.383-386, 2007.

VIANA, A.L.A.; BOUSQUAT, A.; MELO, G.A.; NEGRI FILHO, A.; MEDINA, M.G. Regionalização e Redes de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.1791-1798, 2018. doi: 10.1590/1413-81232018236.05502018. Acesso em 17 Out. 2019.

VICENTINE, F.B.; DELATORRE, T.; FELTRIN, A.F.S.; NAKATA, L.C.; SOARES, L.; FERREIRA, J.B.B. Aspectos da gestão que influenciam o processo de planejamento municipal e regional do Sistema Único de Saúde. **Medicina (Ribeirão Preto, Online.)** v.51, n.1, p.1-11, 2018. doi: 10.11606/issn.2176-7262.v51i1p1-11. Acesso em: 18 nov. 2019.

VIEIRA, D.K.R.; FAVORETO, C.A.O. Narrativas em saúde: refletindo sobre o cuidado à pessoa com deficiência e doença genética no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu) [online]**, v.20, n.56, p.89-98, 2016. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0203.2016>. Acesso em: 18 nov. 2019.

WERNECK, M.A.F; FARIA, H.P.; CAMPOS, K.F.C. **Protocolo de cuidados à saúde e de organização do serviço**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 84p.

ANEXO A - PARECER DO CEP

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Pesquisador: MONALIZA GURGEL

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12205019.4.0000.5055

Instituição Proponente: Universidade Regional do Cariri - URCA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.328.367

Apresentação do Projeto:

Estudo transversal com abordagem quantitativa para avaliar a implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) a partir dos elementos da rede propostos por Mendes (2011), os quais agregam componentes que conformam uma rede de atenção à saúde e evidenciam a integração dos serviços desta. Será realizado na 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, CRES, composta pelas cidades: Baixo, Cedro, Icó, Ipaumirim, Lavras da Mangabeira, Várzea Alegre, Orós e Umari. Na APS possui 74 unidades de saúde funcionando com equipes de atenção básica tradicional e equipes de saúde da família. Para melhor apreensão do objeto, a investigação se fará com a participação dos gestores e das equipes de saúde da Atenção Básica tradicional, AB tradicional, e equipes de Estratégia Saúde da Família, ESF, os quais são responsáveis diretos pela gestão do cuidado numa rede regionalizada. Participarão como gestores os Secretários de Saúde dos oito municípios que compõem a 17ª CRES e a orientadora da região de saúde, totalizando nove gestores. Participarão ainda os profissionais de nível superior (médicos, dentistas e enfermeiros) que atuam na equipe de AB tradicional ou da ESF, totalizando setenta e quatro equipes. Estabeleceu-se estes profissionais devido maior familiaridade com os componentes da investigação constituintes no instrumento da coleta. Como critérios de inclusão, participarão da investigação os profissionais supracitados que manifestem interesse em participar do estudo e responderem os instrumentos de coleta de dados no prazo estabelecido. Já como critérios de exclusão se aplicarão aos profissionais que estejam afastados de suas funções assistenciais por

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

quaisquer motivos. Cabe salientar que a presença de ao menos um profissional de cada equipe é o suficiente para resolução do instrumento, uma vez que será entregue um instrumento por equipe. O estudo será realizado em quatro momentos. O primeiro momento consistirá na aproximação com a direção da 17ª CRES para apresentação do projeto e aplicação do questionário. Nessa ocasião, será solicitada data da próxima reunião da Comissão Intergestora Regional, CIR. Na reunião da CIR, segundo momento, será apresentado o estudo e também será solicitada data para agendamento de reunião local com os secretários de saúde e seus profissionais para coleta de dados. No terceiro momento, acontecerá a reunião para apresentação do estudo e aplicação do questionário. No quarto momento será a análise dos dados, e apresentação dos mesmos à CIR. Para a coleta de dados será utilizado um instrumento, o qual foi adaptado a partir do questionário original elaborado por Mendes (2011) como proposta da Organização Pan-Americana de Saúde para avaliação das RASs. Ambos instrumentos são constituídos por sete componentes: população, APS, Pontos de Atenção Secundária, e Terciária, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos, Sistemas de Governança e Modelos de Atenção à Saúde contendo 174 itens. Seguindo o que orienta Mendes (2011), o questionário para se adequar à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência sofreu algumas alterações principalmente no componente "Pontos de Atenção Secundária e Terciária" ao trocar alguns pontos de atenção por outros específicos que devem estar presentes em uma RCPD. Para eleição dos serviços que seriam inseridos, tomou-se como referência a portaria nº 793 de 24 de abril de 2012 que institui a RCPD e o Decreto 7612 que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência de 17 de novembro de 2011. Esse questionário tem conformação de escala. Cada questão pontuará de 0 (não existência do que se investiga) a 3 (existência em ótimo funcionamento). Realizar-se-á a estatística descritiva (frequência, média, desvio padrão) com auxílio do software Excel para Windows® 2010, com a devida discussão com a literatura, visando avaliação do estágio de desenvolvimento da rede

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Avaliar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

Objetivo Secundário:

- Descrever a estruturação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;- Avaliar a articulação da Atenção Primária à Saúde com a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;- Identificar áreas críticas do desempenho da rede investigada;- Verificar o estágio de desenvolvimento de uma Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cepi@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 3.328.367

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Constrangimento e atraso das atividades do trabalho devido tempo transcorrido para responder o instrumento.

Benefícios:

Fornecerá subsídios para os gestores realizarem a reorganização das RCPD, enquanto suporte metodológico para reestruturar e adequar os serviços de saúde de seus municípios a partir das fragilidades identificadas. Será relevante também para o espaço acadêmico, pois implicará na produção de novos conhecimentos envolvendo esse tema e seus resultados irão contribuir para pesquisas na área da atenção e gestão do cuidado em saúde, linha de pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF da pesquisadora desse estudo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Relevante e ética.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentados e adequados. Projeto de mestrado.

Recomendações:

Sem recomendações. Conforme resolução nº 510/16 - XI.d. O pesquisador responsável deve encaminhar o relatório final da pesquisa para Plataforma Brasil.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1305911.pdf	03/05/2019 06:31:27		Aceito
Outros	anuencia.pdf	03/05/2019 06:30:20	MONALIZA GURGEL	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	03/05/2019 06:26:10	MONALIZA GURGEL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	correcaocep.pdf	16/04/2019 08:59:53	MONALIZA GURGEL	Aceito

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

UF: CE

Município: CRATO

CEP: 63.105-000

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

UNIVERSIDADE REGIONAL DO
CARIRI - URCA



Continuação do Parecer: 3.328.367

Orçamento	ORAMENTO.pdf	16/04/2019 08:20:24	MONALIZA GURGEL	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	16/04/2019 08:19:39	MONALIZA GURGEL	Aceito
Folha de Rosto	img20190415_20103810.pdf	15/04/2019 20:37:48	MONALIZA GURGEL	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CRATO, 15 de Maio de 2019

Assinado por:
Edilma Gomes Rocha Cavalcante
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Antônio Luiz, nº 1161

Bairro: Pimenta

CEP: 63.105-000

UF: CE

Município: CRATO

Telefone: (88)3102-1212

Fax: (88)3102-1291

E-mail: cep@urca.br

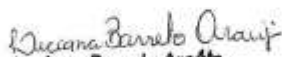
ANEXO B - ANUÊNCIA DE INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

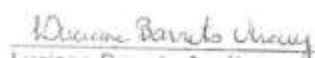
Declaração de Anuência da Instituição Co-participante



Eu, Luciana Barreto Araújo, RG 2008126180-7 SSP-CE, CPF 538667893-00, coordenadora regional de saúde da 17ª CRES, declaro ter lido o projeto intitulado Avaliação da Rede de Cuidados à Pessoas com Deficiência de responsabilidade da pesquisadora Evanira Rodrigues Maia, CPF 463.441.013-34 e RG 94002441525, tendo em vista conhecer e fazer cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Declaramos ainda que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Icó - CE 07 de dezembro de 2018


Luciana Barreto Araújo
COORDENADORA REGIONAL DE SAÚDE
17ª CRES - ICÓ


Luciana Barreto Araújo

ANEXO C - QUESTIONÁRIO DE MENDES (ORIGINAL)

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
POPULAÇÃO	1. Há uma população claramente definida sob responsabilidade da RAS?	
	2. Há uma clara definição das necessidades de saúde dessa população?	
	3. A estrutura operacional da RAS é formatada em função dessas necessidades?	
	4. Há um processo de territorialização da RAS?	
	5. A RAS dispõe de um Plano Diretor de Regionalização?	
	6. O Plano Diretor de Regionalização, na sua estruturação, incorporou os princípios de contiguidade territorial, subsidiaridade econômica e social, economia de escala, relações entre escala e qualidade, identidade cultural, fluxos viários, fluxos assistenciais e acesso?	
	7. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde secundários?	
	8. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde terciários?	
	9. A população de responsabilidade da RAS está toda adscrita a uma unidade de APS ou a uma equipe de PSF?	
	10. A população está cadastrada na APS por unidade familiar?	
	11. As unidades familiares estão classificadas por riscos sociais?	
	12. A população está subdividida por perfil demográfico?	
	13. A população está subdividida por fatores de risco?	
	14. A população está subdividida por condições de saúde estabelecidas?	
	TOTAL - População	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	15. A equipe da APS tem claro o seu papel de responsabilização por sua população adscrita?	
	16. Há uma equipe multiprofissional com responsabilidades claras de cada membro na APS?	
	17. Essas responsabilidades derivam das linhas-guia das diferentes condições de saúde?	
	18. A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	
	19. Há incentivos para as pessoas usuárias adotarem a APS como porta de entrada da rede?	
	20. As relações entre a APS e os demais níveis de atenção da RAS estão claramente definidas?	
	21. A APS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais?	
	22. Há uma boa interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?	
	23. Há um vínculo estreito e contínuo entre as equipes de APS e as pessoas usuárias e suas famílias?	
	24. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às condições agudas e/ou aos eventos de agudização das condições crônicas de sua responsabilidade, de acordo com um sistema de classificação de risco das urgências e emergências e os protocolos clínicos?	
	25. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às mulheres e às crianças, segundo as linhas-guia?	
	26. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos adolescentes e aos idosos, segundo as linhas-guia?	
	27. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos portadores de hipertensão e de doenças cardiovasculares, de diabetes, de tuberculose, de hanseníase, de transtornos mentais, de HIV/aids, de doenças respiratórias crônicas, de doenças renais e de doenças bucais, segundo as linhas-guia?	
	28. A APS está adequadamente organizada para fazer o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e dos idosos?	
	29. O prontuário clínico utilizado na APS está estruturado por família?	
	30. As equipes de APS utilizam rotineiramente instrumentos de abordagem familiar (genograma, listagem de problemas familiares, firo, practice e outros)?	
	31. As equipes de APS articulam-se rotineiramente com organizações comunitárias?	
	32. Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e as organizações comunitárias?	
	33. Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	

	TOTAL – Atenção Primária à Saúde	
ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	
OS PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS À SAÚDE	34. No desenho da RAS há uma articulação entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários (secundários e microrregião; terciários e macrorregião)?	
	35. No desenho da RAS considera-se uma escala mínima capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade?	
	36. No desenho da RAS considera-se a integração horizontal para obter ganhos de escala através de fusões ou alianças estratégicas?	
	37. No desenho da RAS há uma preocupação com processos de sub- tituição dos pontos de atenção à saúde para prestar a atenção certa no lugar certo?	
	38. No desenho da RAS há um movimento de substituição hospitalar?	
	39. Há a oferta de hospitais/dia?	
	40. Há a oferta de cirurgia ambulatorial?	
	41. Há a oferta de internações domiciliares?	
	42. Há a oferta de leitos de longa permanência?	
	43. Há a oferta de centros de enfermagem (<i>nursing homes</i>)?	
	44. Há a oferta de cuidados paliativos?	
	45. No desenho da RAS há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?	
	46. Há serviços hospitalares de nível terciário para os cuidados aos traumas na atenção às urgências e emergências?	
	47. Há serviços hospitalares de nível terciário para a atenção às urgências e emergências clínicas, especialmente as cardiovasculares?	
	48. Há maternidade de alto risco para os cuidados às gestantes de alto risco? Ela opera de forma integrada com a APS?	
	49. Há casa de apoio à gestante e à puerpera articulada com a maternidade de alto risco?	
	50. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às crianças? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	51. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados aos cânceres, especialmente de colo de útero e de mama? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	52. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças cardiovasculares? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	53. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados ao diabetes? Eles operam de forma integrada com a APS?	

	54. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças renais? Eles operam de forma integrada com a APS?	
--	---	--

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
OS PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS À SAÚDE	55. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças respiratórias crônicas? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	56. Há serviços hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às urgências e emergências? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	57. Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às urgências e emergências? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	58. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica), para os cuidados às mulheres e às crianças? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	59. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às mulheres e às crianças? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	60. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados aos cânceres de mama e de colo do útero? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	61. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e das pessoas idosas? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	62. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à hipertensão e às doenças cardiovasculares? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	63. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao diabetes? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	64. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados aos transtornos mentais? Eles operam de forma integrada com as unidades de APS?	
	65. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças renais? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	66. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças respiratórias crônicas? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	67. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao HIV/aids? Eles operam de forma integrada com a APS?	

	68. Há serviços ambulatoriais e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à tuberculose? Eles operam de forma integrada com a APS?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
OS PONTOS DE ATENÇÃO SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS À SAÚDE	69. Há serviços de atenção ambulatorial especializado, de nível secundário, para os cuidados à hanseníase? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	70. Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às doenças bucais? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	71. As linhas-guia estabelecem claramente as relações dos serviços ambulatoriais e hospitalares com a APS?	
	72. Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?	
	73. É feita a modelagem de cada ponto de atenção à saúde ambulatorial ou hospitalar secundário, segundo as linhas-guia?	
	74. Essa modelagem descreve a carteira de serviços a ser ofertada?	
	75. Essa modelagem implica a construção dos protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?	
	76. Essa modelagem implica a elaboração de uma planilha a ser utilizada na programação do ponto de atenção à saúde?	
	TOTAL – Atenção Secundária e Terciária	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
OS SISTEMAS DE APOIO	77. O sistema de assistência farmacêutica contempla a seleção dos medicamentos feita a partir das linhas-guia?	
	78. O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS?	
	79. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de aquisição dos insumos farmacêuticos?	
	80. O sistema de assistência farmacêutica contempla o armazenamento dos insumos farmacêuticos?	
	81. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	
	82. O sistema de assistência farmacêutica utiliza a farmacoeconomia?	
	83. O sistema de assistência farmacêutica utiliza os formulários terapêuticos?	
	84. O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica?	
	85. O sistema de atenção farmacêutica contempla a conciliação de medicamentos?	
	86. O sistema de assistência farmacêutica contempla o manejo da adesão aos tratamentos medicamentosos?	
	87. O sistema de assistência farmacêutica contempla a farmacovigilância?	
	88. Há um sistema estruturado de exames de imagem, construído com base em escala e qualidade?	
	89. Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	
	90. Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização, para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras?	
	91. Há protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados?	
	TOTAL – Sistemas de apoio	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
OS SISTEMAS LOGÍSTICOS	92. Existe um registro de base populacional único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais?	
	93. Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	
	94. Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	
	95. Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?	
	96. O prontuário familiar eletrônico integra as informações da APS, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, os exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e de assistência farmacêutica?	
	97. O prontuário familiar eletrônico permite a emissão de receitas eletrônicas?	
	98. O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar <i>feedbacks</i> relativos a situações de saúde definidas?	
	99. A equipe de APS agenda diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada?	
	100. A equipe de APS agenda diretamente o atendimento hospitalar eletivo?	
	101. A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?	
	102. Há um sistema de regulação das urgências e das emergências com médico regulador permanente?	
	103. Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	
	104. O sistema de transporte de urgências e emergências é prestado por ambulâncias de suporte básico e suporte avançado?	
	105. O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	
	106. O sistema tem um módulo de transporte de amostras de exames de análises clínicas?	
	107. O sistema tem um módulo de transporte de resíduos em saúde com veículos adequados e sistema de incineração?	
	TOTAL – Sistemas logísticos	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE	108. Existe uma estrutura organizacional de governança da RAS?	
	109. Esse sistema de governança dispõe de um desenho organizacional?	
	110. A RAS tem um plano estratégico? Ele contempla um plano estratégico de médio e longo prazos e um plano operativo de curto prazo? Ele gera um mapa estratégico?	
	111. A missão, a visão e os valores da RAS são claramente estabelecidos, conhecidos e compartilhados por todos os participantes?	
	112. Há um sistema de monitoramento e avaliação da RAS?	
	113. Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	
	114. Há um sistema de acreditação da RAS?	
	115. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	
	116. Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da RAS e contém incentivos para o alcance desses objetivos?	
	117. As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da RAS?	
	118. O ente de governança opera com foco na maximização das eficiências técnica e alocativa?	
	119. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da RAS?	
	120. Como se dá o pagamento aos prestadores (por unidade de serviço ou por procedimento, 0; por unidade de serviço ou por procedimento aliado a outra forma, 1; por orçamento global, 2; por capitação, 3 por capitação ajustada)	
	121. A RAS conta com mecanismos eficazes de gestão financeira?	
	TOTAL – Sistema de governança	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	122. Há um modelo de atenção à saúde claramente definido e de conhecimento geral na APS e nos pontos de atenção secundários e terciários?	
	123. O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?	
	124. O modelo de atenção à saúde propõe mudanças na organização do sistema de atenção à saúde?	
	125. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas ao desenho do sistema de prestação de serviços de saúde?	
	126. O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de infor- mações clínicas?	
	127. Há um registro de informações para cada condição de saúde?	
	128. O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de suporte às decisões?	
	129. O modelo de atenção à saúde propõe ações de autocuidado apoiado?	
	130. As ações de autocuidado são apoiadas por educação em saúde?	
	131. As ações de autocuidado apoiado objetivam empoderar as pessoas usuárias da rede?	
	132. Utilizam-se planos de autocuidado feitos em conjunto pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias?	
	133. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas aos recursos da comunidade?	
	134. As RASs dispõem de linhas-guia para as condições de saúde prioritárias?	
	135. Essas linhas-guia são construídas com base em evidências e vali- dadas interna e externamente?	
	136. Essas linhas-guia são submetidas a uma avaliação antes de serem implantadas?	
	137. Essas linhas-guia são comunicadas adequadamente aos gestores e aos profissionais de saúde?	
	138. Essas linhas-guia organizam os fluxos e contrafluxos das pessoas na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	
	139. Essas linhas-guia estratificam por riscos as subpopulações com uma condição de saúde estabelecida?	
	140. Essas linhas-guia contêm uma planilha de programação baseada em parâmetros epidemiológicos?	
	141. Essas linhas-guia são revisadas periodicamente?	
	142. Essas linhas-guia são complementadas por protocolos clínicos para utilização nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	
	143. O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?	
	144. Essas ações de promoção da saúde estão voltadas para os deter- minantes sociais intermediários da saúde?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	145. Essas ações de promoção da saúde incluem intervenções intersetoriais sobre os determinantes intermediários da saúde?	
	146. O modelo de atenção à saúde inclui ações de prevenção das condições de saúde para as diferentes subpopulações com fatores de risco proximais?	
	147. Essas intervenções preventivas estão organizadas em instrumentos operacionais de uso rotineiro na RAS?	
	148. O modelo de atenção à saúde utiliza as tecnologias de gestão da clínica?	
	149. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão da condição de saúde, estratificada para as subpopulações de diferentes riscos em relação a uma condição de saúde?	
	150. Há um plano de cuidado elaborado para cada portador de uma condição de saúde?	
	151. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional em conjunto com o portador da condição de saúde?	
	152. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e o portador da condição de saúde?	
	153. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado periodicamente?	
	154. A gestão da condição de saúde envolve a educação permanente dos profissionais com base nas linhas-guia?	
	155. Esse processo de educação permanente se dá ao longo de toda a vida institucional dos profissionais?	
	156. Esse processo de educação permanente é realizado em tempo protegido?	
	157. Esse processo de educação permanente é realizado com base nos princípios da educação de adultos (andragogia) e na educação baseada em evidências?	
	158. A gestão da condição de saúde envolve a educação em saúde das pessoas usuárias das RASs com base nas linhas-guia?	
	159. Esse processo de educação em saúde é realizado por profissionais com conhecimento de educação?	
	160. Esse processo de educação em saúde utiliza tecnologias e instrumentos educacionais construídos e avaliados com base em evidências?	
	161. A gestão da condição de saúde envolve uma programação realizada na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio com base nas linhas-guia e protocolos?	
	162. A gestão da condição de saúde envolve um contrato de gestão com as equipes profissionais com base na programação?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	163. Esse contrato contém incentivos morais e financeiros para estimular a consecução de suas metas?	
	164. Esse contrato tem um sistema de monitoramento e avaliação eficaz?	
	165. A gestão da condição de saúde envolve a auditoria clínica realizada com base nas linhas-guia e nos protocolos clínicos?	
	166. Essa auditoria clínica é realizada rotineiramente na APS e nos pontos de atenção à saúde secundários e terciários?	
	167. As RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?	
	168. As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?	
	169. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão de caso para subpopulações com condições de saúde muito complexas?	
	170. As linhas-guia definem as situações de saúde que devem ser manejadas pela gestão de caso?	
	171. Há um plano de cuidado elaborado para cada sujeito que está envolvido na gestão de caso?	
	172. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional, em conjunto com o portador da condição de saúde e sua família?	
	173. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e do sujeito da gestão de caso e sua família?	
	174. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado pela equipe, pela pessoa usuária e sua família periodicamente?	
	TOTAL – Modelo de atenção	



ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE MENDES ADAPTADO À RCPD

Equipe:

Instituição de trabalho:

Para preenchimento do questionário da pesquisa intitulada “Avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: um estudo transversal”, que objetiva avaliar a Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência na 17ª Região de Saúde, deve-se ler atentamente cada item após breve explicação do pesquisador, enumerando o item de 0 a 3, da seguinte forma:

0 (zero): corresponde à não existência do que está sendo perguntado;

1 (um): existe o que está sendo perguntado, mas com um funcionamento básico ou incipiente;

2 (dois): existe o que está sendo perguntado, com um funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente;

3 (três): corresponde à sua existência em operação de forma ótima.

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
POPULAÇÃO	1. Há uma população claramente definida sob responsabilidade da RCPD?	
	2. Há uma clara definição das necessidades de saúde dessa população (PESSOAS COM DEFICIÊNCIA)?	
	3. A estrutura operacional da RCPD é formatada em função dessas necessidades?	
	4. Há um processo de territorialização da RCPD?	
	5. A RCPD dispõe de um Plano Diretor de Regionalização?	
	6. O Plano Diretor de Regionalização, na sua estruturação, incorporou os princípios de contiguidade territorial, subsidiaridade econômica e social, economia de escala, relações entre escala e qualidade, identidade cultural, fluxos viários, fluxos assistenciais e acesso?	
	7. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde secundários?	
	8. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde terciários?	
	9. A população de responsabilidade da RCPD está toda adscrita a uma unidade de APS ou a uma equipe de ESF?	
	10. A população está cadastrada na APS por unidade familiar?	
	11. As unidades familiares estão classificadas por riscos sociais?	
	12. A população está subdividida por perfil demográfico?	
	13. A população está subdividida por fatores de risco?	
	14. A população está subdividida por condições de saúde estabelecidas?	
	TOTAL – População	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	15. A equipe da APS tem claro o seu papel de responsabilização por sua população adscrita?	
	16. Há uma equipe multiprofissional com responsabilidades claras de cada membro na APS?	
	17. Essas responsabilidades derivam das linhas-guia das diferentes condições de saúde?	
	18. A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	
	19. Há incentivos para as pessoas usuárias adotarem a APS como porta de entrada da rede?	
	20. As relações entre a APS e os demais níveis de atenção da RAS estão claramente definidas?	
	21. A APS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais?	
	22. Há uma boa interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?	
	23. Há um vínculo estreito e contínuo entre as equipes de APS e as pessoas com deficiências e suas famílias?	
	24. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às condições agudas e/ou aos eventos de agudização das condições crônicas de sua responsabilidade, de acordo com um sistema de classificação de risco das urgências e emergências e os protocolos clínicos?	
	25. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às pessoas com deficiência, segundo as linhas-guia?	
	26. A APS conta com auxílio de NASF para atenção às PcD?	
	27. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às pessoas com deficiência com doenças bucais, segundo as linhas-guia?	
	28. A APS está adequadamente organizada para fazer o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e dos idosos com deficiência?	
	29. O prontuário clínico utilizado na APS está estruturado por família?	
	30. As equipes de APS utilizam rotineiramente instrumentos de abordagem familiar (genograma, listagem de problemas familiares, firo, practice e outros)?	
	31. As equipes de APS articulam-se rotineiramente com organizações comunitárias?	
	32. Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e as organizações comunitárias?	
	33. Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	
TOTAL – Atenção Primária à Saúde		

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS	34. No desenho da RCPD há uma articulação entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários (secundários e microrregião; terciários e macrorregião)?	
	35. No desenho da RCPD considera-se uma escala mínima capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade?	
	36. No desenho da RCPD considera-se a integração horizontal para obter ganhos de escala através de fusões ou alianças estratégicas?	
	37. No desenho da RCPD há uma preocupação com processos de substituição dos pontos de atenção à saúde para prestar a atenção certa no lugar certo?	
	38. No desenho da RCPD há um movimento de substituição hospitalar?	
	39. Há a oferta de Centro-dia de referência para PcD?	
	40. Há a oferta de cirurgia ambulatorial?	
	41. Há a oferta de internações domiciliares?	
	42. Há a oferta de leitos de longa permanência?	
	43. Há a oferta de Residências Inclusivas?	
	44. Há a oferta de cuidados paliativos?	
	45. No desenho da RCPD há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?	
	46. Há serviços hospitalares de nível terciário, com leitos de reabilitação para os cuidados às pessoas com sequelas decorrentes de traumas na atenção às urgências e emergências?	
	47. Há serviços hospitalares de nível terciário, para a atenção às urgências e emergências clínicas, com leitos de reabilitação para os cuidados especialmente as pessoas acometidas por sequelas cardiovasculares?	
	48. Há maternidade de alto risco para os cuidados às gestantes de alto risco? Ela opera de forma integrada com a APS?	
	49. Há disponibilidade de triagem auditiva neonatal em alguma dessas maternidades de alto risco?	
	50. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às crianças com deficiência? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	51. Há serviços hospitalares de atenção terciária, com leitos de reabilitação para os cuidados com as pessoas com sequelas de cânceres? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	52. Há CEO Regional ? Ele opera de forma integrada com a APS?	
	53. Há CRAS? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	54. Há CREAS? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	55. Há serviços hospitalares de atenção terciária, com leitos de reabilitação hospitalar para cirurgias de ostomias? Eles operam de forma integrada com a APS?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS	56. Há UPA 24h? Elas operam de forma integrada com a APS?	
	57. Há SAMU? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	58. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica)? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	59. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para reabilitação auditiva? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	60. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário para reabilitação física? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	61. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário para reabilitação visual? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	62. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário de atenção às pessoas ostomizadas? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	63. Há serviços ambulatoriais especializados (oficinas ortopédicas)? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	64. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados aos transtornos mentais? Eles operam de forma integrada com as unidades de APS?	
	65. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às pessoas com deficiência intelectual? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	66. Há CER habilitado em duas modalidades de reabilitação? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	67. Há CER habilitado em três modalidades de reabilitação? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	68. Há CER habilitado em quatro modalidades de reabilitação? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	69. Há serviços de atenção ambulatorial especializado, de nível secundário, para os cuidados à hanseníase? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	70. Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às doenças bucais ? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	71. As linhas-guia estabelecem claramente as relações dos serviços ambulatoriais e hospitalares com a APS?	
	72. Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?	
	73. É feita a modelagem de cada ponto de atenção à saúde ambulatorial ou hospitalar secundário, segundo as linhas-guia?	
	74. Essa modelagem descreve a carteira de serviços a ser ofertada?	
	75. Essa modelagem implica a construção dos protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?	
	76. Essa modelagem implica a elaboração de uma planilha a ser utilizada na programação do ponto de atenção à saúde?	
	TOTAL – Atenção Secundária e Terciária	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
OS SISTEMAS DE APOIO	77. O sistema de assistência farmacêutica contempla a seleção dos medicamentos feita a partir das linhas-guia?	
	78. O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RCPD?	
	79. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de aquisição dos insumos farmacêuticos?	
	80. O sistema de assistência farmacêutica contempla o armazenamento dos insumos farmacêuticos?	
	81. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	
	82. O sistema de assistência farmacêutica utiliza a farmacoeconomia?	
	83. O sistema de assistência farmacêutica utiliza os formulários tera- pêuticos?	
	84. O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica?	
	85. O sistema de atenção farmacêutica contempla a conciliação de medicamentos?	
	86. O sistema de assistência farmacêutica contempla o manejo da adesão aos tratamentos medicamentosos?	
	87. O sistema de assistência farmacêutica contempla a farmacovigi- lância?	
	88. Há um sistema estruturado de exames de imagem, construído com base em escala e qualidade?	
	89. Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	
	90. Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização, para as unidades de saúde da RCPD, da coleta das amostras?	
	91. Há protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados?	
	TOTAL – Sistemas de apoio	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
OS SISTEMAS LOGÍSTICOS	92. Existe um registro de base populacional único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais?	
	93. Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	
	94. Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	
	95. Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?	
	96. O prontuário familiar eletrônico integra as informações da APS, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, os exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e de assistência farmacêutica?	
	97. O prontuário familiar eletrônico permite a emissão de receitas eletrônicas?	
	98. O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar <i>feedbacks</i> relativos a situações de saúde definidas?	
	99. A equipe de APS agenda diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada?	
	100. A equipe de APS agenda diretamente o atendimento hospitalar eletivo?	
	101. A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?	
	102. Há um sistema de regulação das urgências e das emergências com médico regulador permanente?	
	103. Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	
	104. O sistema de transporte de urgências e emergências é prestado por ambulâncias de suporte básico e suporte avançado?	
	105. O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	
	106. O sistema tem um módulo de transporte de amostras de exames de análises clínicas?	
	107. O sistema tem um módulo de transporte de resíduos e m saúde com veículos adequados e sistema de incineração?	
	TOTAL – Sistemas logísticos	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE	108. Existe uma estrutura organizacional de governança da RCPD?	
	109. Esse sistema de governança dispõe de um desenho organizacional?	
	110. A RCPD tem um plano estratégico? Ele contempla um plano estratégico de médio e longo prazos e um plano operativo de curto prazo? Ele gera um mapa estratégico?	
	111. A missão, a visão e os valores da RCPD são claramente estabelecidos, conhecidos e compartilhados por todos os participantes?	
	112. Há um sistema de monitoramento e avaliação da RCPD?	
	113. Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	
	114. Há um sistema de acreditação da RCPD?	
	115. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	
	116. Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da RCPD e contém incentivos para o alcance desses objetivos?	
	117. As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da RCPD?	
	118. O ente de governança opera com foco na maximização das eficiências técnica e alocativa?	
	119. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da RCPD?	
	120. Como se dá o pagamento aos prestadores (por unidade de serviço ou por procedimento, 0; por unidade de serviço ou por procedimento aliado a outra forma, 1; por orçamento global, 2; por capitação, 3 por capitação ajustada)	
	121. A RCPD conta com mecanismos eficazes de gestão financeira?	
	TOTAL – Sistema de governança	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	122. Há um modelo de atenção à saúde claramente definido e de conhecimento geral na APS e nos pontos de atenção secundários e terciários?	
	123. O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?	
	124. O modelo de atenção à saúde propõe mudanças na organização do sistema de atenção à saúde?	
	125. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas ao desenho do sistema de prestação de serviços de saúde?	
	126. O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de informações clínicas?	
	127. Há um registro de informações para cada condição de saúde?	
	128. O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de suporte às decisões?	
	129. O modelo de atenção à saúde propõe ações de autocuidado apoiado?	
	130. As ações de autocuidado são apoiadas por educação em saúde?	
	131. As ações de autocuidado apoiado objetivam empoderar as pessoas usuárias da rede?	
	132. Utilizam-se planos de autocuidado feitos em conjunto pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias?	
	133. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas aos recursos da comunidade?	
	134. A RCPD dispõem de linhas-guia para as condições de saúde prioritárias?	
	135. Essas linhas-guia são construídas com base em evidências e validadas interna e externamente?	
	136. Essas linhas-guia são submetidas a uma avaliação antes de serem implantadas?	
	137. Essas linhas-guia são comunicadas adequadamente aos gestores e aos profissionais de saúde?	
	138. Essas linhas-guia organizam os fluxos e contrafluxos das pessoas na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	
	139. Essas linhas-guia estratificam por riscos as subpopulações com uma condição de saúde estabelecida?	
	140. Essas linhas-guia contêm uma planilha de programação baseada em parâmetros epidemiológicos?	
	141. Essas linhas-guia são revisadas periodicamente?	
	142. Essas linhas-guia são complementadas por protocolos clínicos para utilização nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	
	143. O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?	
	144. Essas ações de promoção da saúde estão voltadas para os determinantes sociais intermediários da saúde?	

	145. Essas ações de promoção da saúde incluem intervenções interseto- riais sobre os determinantes intermediários da saúde?	
--	---	--

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	146. O modelo de atenção à saúde inclui ações de prevenção das con- dições de saúde para as diferentes subpopulações com fatores de risco proximais?	
	147. Essas intervenções preventivas estão organizadas em instrumentoS operacionais de uso rotineiro na RCPD?	
	148. O modelo de atenção à saúde utiliza as tecnologias de gestão da clínica?	
	149. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão da deficiência, estratificada para as subpopulações de diferentes riscos em relação à deficiência?	
	150. Há um plano de cuidado elaborado para cada portador de uma deficiência?	
	151. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional em conjunto com o portador da deficiência?	
	152. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e o portador da deficiência?	
	153. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado periodicamente?	
	154. A gestão da deficiência envolve a educação permanente Dos profissionais com base nas linhas-guia?	
	155. Esse processo de educação permanente se dá ao longo de toda a vida institucional dos profissionais?	
	156. Esse processo de educação permanente é realizado em tempo protegido?	
	157. Esse processo de educação permanente é realizado com base nos princípios da educação de adultos (andragogia) e na educação baseada em evidências?	
	158. A gestão da deficiência envolve a educação em saúde das pessoas usuárias da RCPD com base nas linhas-guia?	
	159. Esse processo de educação em saúde é realizado por profissionais com conhecimento de educação?	
	160. Esse processo de educação em saúde utiliza tecnologias e instrumen- tos educacionais construídos e avaliados com base em evidências?	
	161. A gestão da deficiência envolve uma programação realizada na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio com base nas linhas-guia e protocolos?	

	162. A gestão da deficiência envolve um contrato de gestão com as equipes profissionais com base na programação?	
	163. Esse contrato contém incentivos morais e financeiros para estimular a consecução de suas metas?	
	164. Esse contrato tem um sistema de monitoramento e avaliação eficaz?	
	165. A gestão da deficiência envolve a auditoria clínica realizada com base nas linhas-guia e nos protocolos clínicos?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 A 3)
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	166. Essa auditoria clínica é realizada rotineiramente na APS e nos pontos de atenção à saúde secundários e terciários?	
	167. A RCPD utiliza rotineiramente as tecnologias de listas de espera?	
	168. As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?	
	169. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão de caso para subpopulações com condições de saúde muito complexas?	
	170. As linhas-guia definem as situações de saúde que devem ser maxnejadas pela gestão de caso?	
	171. Há um plano de cuidado elaborado para cada sujeito que está envolvido na gestão de caso?	
	172. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional, em conjunto com o portador da deficiência e sua família?	
	173. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no tra- balho colaborativo da equipe de saúde e do sujeito da gestão de caso e sua família?	
	174. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado pela equipe, pela pessoa usuária e sua família periodicamente?	
	TOTAL – Modelo de atenção	

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Profissional da APS)

Eu, Verônica Monaliza Gomes Gurgel, discente do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF da Rede Nordeste de Saúde da Família – RENASF, sob a orientação da Prof. Dr.^a Evanira Rodrigues Maia estou a desenvolver a pesquisa intitulada “**Avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por Gestores e Equipes de Atenção Primária à Saúde**”, que tem por finalidade **Avaliar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**. Convido o (a) senhor (a), profissional da equipe de atenção básica, a participar da referida pesquisa. Este estudo poderá trazer alguns riscos mínimos, a contar, constrangimento e atraso das atividades pelo tempo transcorrido para responder o questionário, entretanto, asseguro-lhe que não haverá riscos a sua integridade física ou moral, e não haverá prejuízos ao cargo ocupado. A participação é voluntária e poderá deixar de participar a qualquer momento, sem que haja prejuízos e/ou penalidades. As informações serão utilizadas apenas para fins de pesquisa, sendo respeitado o sigilo e anonimato. Os resultados serão divulgados por meio de periódicos e eventos científicos.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso o (a) Sr. (a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista.

Para participar da pesquisa, faz-se necessário assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, em duas (02) vias, datado e assinado pelo pesquisador. Poderá ter acesso às informações, esclarecer dúvidas ou retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Coloco-me à disposição para prestar qualquer esclarecimento sobre a metodologia da pesquisa, antes e durante o curso da mesma. De acordo com a resolução 466/12, você poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA) em caso de dúvidas e denúncias éticas.

Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos através do telefone (88) 999115413, assim como por meio do e-mail: veramonna@gmail.com. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Regional do Cariri, localizado à Rua Coronel Antônio Luiz, 1161, 1º andar, Bairro

Pimenta, CEP 63.105-000, telefone (88)3102.1212 ramal 2424, Crato CE.

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Gestor)

Eu, Verônica Monaliza Gomes Gurgel, discente do curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família – MPSF da Rede Nordeste de Saúde da Família – RENASF, sob a orientação da Prof. Dr.^a Evanira Rodrigues Maia estou a desenvolver a pesquisa intitulada **“Avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência por Gestores e Equipes de Atenção Primária à Saúde”**, que tem por finalidade **Avaliar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**. Convido o (a) senhor (a) gestor (a), a participar da referida pesquisa. Este estudo poderá trazer alguns riscos mínimos, a contar, constrangimento e atraso das atividades pelo tempo transcorrido para responder o questionário, entretanto, asseguro-lhe que não haverá riscos a sua integridade física ou moral, e não haverá prejuízos ao cargo ocupado. A participação é voluntária e poderá deixar de participar a qualquer momento, sem que haja prejuízos e/ou penalidades. As informações serão utilizadas apenas para fins de pesquisa, sendo respeitado o sigilo e anonimato. Os resultados serão divulgados por meio de periódicos e eventos científicos.

A sua participação em qualquer tipo de pesquisa é voluntária. Caso o (a) Sr. (a) aceite participar, não receberá nenhuma compensação financeira. Também não sofrerá qualquer prejuízo se não aceitar ou se desistir após ter iniciado a entrevista.

Para participar da pesquisa, faz-se necessário assinar este termo de consentimento livre e esclarecido, em duas (02) vias, datado e assinado pelo pesquisador. Poderá ter acesso às informações, esclarecer dúvidas ou retirar-se da pesquisa a qualquer momento. Coloco-me à disposição para prestar qualquer esclarecimento sobre a metodologia da pesquisa, antes e durante o curso da mesma. De acordo com a resolução 466/12, você poderá entrar em contato também com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Regional do Cariri (URCA) em caso de dúvidas e denúncias éticas.

Coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos através do telefone (88) 999115413, assim como por meio do e-mail: veramonna@gmail.com. Se desejar obter informações sobre os seus direitos e os aspectos éticos envolvidos na pesquisa poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa - CEP, da Universidade Regional do Cariri, localizado à Rua Coronel Antônio Luiz, 1161, 1º andar, Bairro Pimenta, CEP 63.105-000, telefone (88)3102.1212 ramal 2424, Crato CE.

Se o(a) Sr.(a) estiver de acordo em participar deverá preencher e assinar o

Termo de Consentimento Pós-esclarecido que se segue, e receberá uma cópia deste Termo.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, o(a) Sr(a) _____, portador(a) da cédula de identidade _____, declara que, após leitura minuciosa do TCLE, teve oportunidade de fazer perguntas, esclarecer dúvidas que foram devidamente explicitadas pelo pesquisador, ciente dos serviços e procedimentos aos quais será submetido e, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, firma seu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO em participar voluntariamente desta pesquisa.

E, por estar de acordo, assina o presente termo.

_____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador