



**INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL**
DESDE 1902



**UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA**

**Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical**

**AVALIAÇÃO COM FOCO NA EQUIDADE DA REDE INTEGRADA DE
SERVIÇOS DE SAÚDE DO DIABETES MELLITUS TIPO II EM DOIS
MUNICÍPIOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO**

Greciane Soares da Silva

**TESE PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE DOUTOR EM SAÚDE INTERNACIONAL,
ESPECIALIDADE EM POLÍTICAS DE SAÚDE E DESENVOLVIMENTO.**

MAIO, 2020



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA TROPICAL
DESDE 1902



UNIVERSIDADE
NOVA
DE LISBOA

Universidade Nova de Lisboa
Instituto de Higiene e Medicina Tropical

Avaliação com foco na Equidade da Rede Integrada de Serviços de Saúde do Diabetes
Mellitus Tipo II em dois municípios do Estado de Pernambuco

Autor: Greciane Soares da Silva

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Zulmira Maria de Araújo Hartz

Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Isabella Chagas Samico

Tese apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de doutor em Saúde Internacional, especialidade de Políticas de Saúde e Desenvolvimento, de acordo com o Regulamento Geral do 3.º Ciclo de Estudos Superiores Conducentes à Obtenção do Grau de Doutor pelo Instituto de Higiene e Medicina Tropical/Universidade Nova de Lisboa (n.º 474/2012) publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 223 de 19 de novembro de 2012.

Greciane Soares da Silva

Avaliação com foco na Equidade da Rede Integrada de
Serviços de Saúde do Diabetes Mellitus Tipo II em dois
municípios do Estado de Pernambuco

DESDE 1902



INSTITUTO DE HIGIENE E
MEDICINA
TROPICAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO



Dedico este trabalho a minha filha
Maria Helena, presente de Deus em forma de menina
para iluminar meus dias.

Agradecimentos

A Deus, sentido maior de minha existência, digno de todo louvor e gratidão.

A meu esposo pelo cuidado, companheirismo e cumplicidade.

A minha filha Maria Helena por todas as vezes que escutei “abençoa o doutorado de mamãe”.

Aos meus pais, João e Maria, pelo exemplo e esforço em dar o que muitas vezes não tinham, acreditando que é possível vencer a batalha mesmo sem ter todas as ferramentas desejadas.

A meus irmãos, Juci, Jan e Gleidisson pela harmonia e apoio necessário em dias precisos.

A minha sobrinha Natalia, pelo carinho, paciência e compreensão de minha ausência em alguns momentos importantes.

A minha orientadora, Prof.^a Zulmira Hartz pela acolhida, confiança depositada e pelos ensinamentos. Sua simplicidade a torna mais admirável. Muito obrigada!

A minha coorientadora, Prof.^a Isabella Samico por tamanha paciência, compreensão e orientações. Caminhar ao seu lado fez-me perceber que aprendi além de avaliação em saúde. Obrigada por tudo!

Ao amigo Eronildo Felisberto, pelo apoio e pela oportunidade de aprendizado.

Ao grupo de estudos de avaliação em saúde, GEAS-IMIP, pela acolhida, ensinamentos e boas amizades conquistadas.

A todos os meus verdadeiros amigos pelo carinho e encorajamento, pela torcida constante, e principalmente pelo refrigério nos dias de aflição.

Aos companheiros de jornada, Mari, Gi, Lua e Alexandre pela companhia, risos e terapias nos momentos em que precisei.

Aos professores membros da banca examinadora, pelas contribuições que permitirão aperfeiçoar esse trabalho.

A todos que se dispuseram participar do estudo, meu muito obrigada!

Resumo

A crescente demanda de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas a diabetes mellitus tipo 2, requer do modelo de saúde vigente a superação da fragmentação da atenção para atender às necessidades dos usuários e contribuir na prevenção das complicações geradas por essas doenças quando não controladas. As Redes Integradas de Serviços de Saúde são estratégias criadas para superar essa fragmentação oferecendo atenção de forma integral aos usuários. A integração da atenção está intimamente relacionada à Coordenação da Atenção, caracterizada por uma relação harmoniosa dos diferentes serviços necessários para assistência a um usuário ao longo do contínuo de cuidados. O cuidado que não está suficientemente coordenado entre os provedores é uma das principais causas da má qualidade podendo contribuir para eventos indesejáveis como nefropatia diabética. Visando identificar implicações para ocorrência da nefropatia diabética, este estudo avaliou a Rede Integrada de Serviços de Saúde do diabetes mellitus tipo 2 conforme implantação da Coordenação da Atenção, acesso aos serviços de saúde e continuidade assistencial em dois municípios do estado de Pernambuco, Brasil. Realizou-se pesquisa avaliativa, do tipo análise de implantação tendo a nefropatia diabética como evento sentinela. Componentes e critérios para avaliação e determinação do grau de implantação da coordenação da atenção foram derivados do modelo teórico-lógico. As trajetórias assistenciais foram reconstituídas a partir das entrevistas com usuários em terapia renal substitutiva que residiam em área de cobertura assistencial da Atenção Primária à Saúde. Como resultados o estudo revelou que a Coordenação da Atenção não está totalmente implantada nos dois municípios estudados, contudo os casos analisados apontaram a presença de mecanismos de integração entre níveis assistenciais, o que pode indicar um comprometimento com a garantia da continuidade assistencial. Verificaram-se também barreiras relacionadas à ausência dos protocolos para estratificação de riscos e vulnerabilidades; ausência do prontuário eletrônico, bem como a ausência de troca de informações entre os profissionais dos níveis assistenciais. A acessibilidade entre os níveis assistenciais se mostrou favorável à Atenção Especializada em detrimento a Atenção Primária à Saúde. Um fator de destaque para tal fato pode ser atribuído ao longo tempo de

espera para atendimento, para a realização de exames e/ou recebimento do diagnóstico pela Atenção Primária à Saúde. A trajetória assistencial dos usuários com nefropatia diabética revelou falhas na continuidade assistencial, tais como ausência de comunicação entre os profissionais da Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada; ausência de vínculo entre os usuários e profissionais; longo tempo de espera para atendimento e/ou realização de exames complementares no primeiro nível de atenção. Conclui-se que a integração dos serviços de saúde envolvidos na atenção de portadores de diabetes mellitus tipo 2, ainda não está adequada para sanar a fragmentação da atenção e garantir a qualidade da assistência.

Palavras-chave: Avaliação em saúde; Vigilância de Evento Sentinela; Assistência integral à saúde; Equidade em Saúde; Diabetes Mellitus tipo 2.

Abstract

The great demand of people with chronic non-communicable diseases, among whom the ones with Type 2 diabetes, requires overcoming caregiving fragmentation in the current healthcare model. It must be done to fulfil users' needs and, consequently, to help preventing complications resulting from such diseases when they are not properly controlled. Integrated Healthcare Networks are the strategies developed to overcome this fragmentation, since they aim at providing integral attention to users. Caregiving integration is closely related to Care Coordination, which is featured by the harmonious relationship among different essential services for users' assistance throughout continuous care. Caregiving not sufficiently coordinated by providers is one of the main causes of low-quality healthcare, a fact that can contribute to undesirable events such as diabetic nephropathy. In order to identify implications of diabetic nephropathy episodes, the aim of this study was to evaluate the Integrated Healthcare Networks available to Type 2 diabetes, based on the implementation of the Care Coordination, access to healthcare and continuous care in two municipalities in Pernambuco State, Brazil. The study followed the evaluative research design, which lied on an implementation analysis focused on diabetic nephropathy as sentinel event. The components and criteria to evaluate and determine the degree of implementation of the Care Coordination derived from the theoretical-logical model. Healthcare trajectories were rebuilt from interviews carried out with renal replacement therapy users who lived in a coverage area of Primary Health Care. Based on the study results the Care Coordination is not fully implemented in the two assessed municipalities; however, the evaluated cases pointed towards the presence of integration mechanisms between healthcare levels, and it can indicate commitment to the guarantee of continuous care. Results also showed barriers related to the absence of protocols to stratify risks and vulnerabilities, of electronic medical reports and of information exchange between professionals at healthcare levels. Accessibility between healthcare levels was favorable to Specialized care to the detriment of Primary Health Care. A relevant factor for this situation can be attributed to the long time waiting for assistance, for exams and/or for getting the diagnostic in Primary Health Care. The healthcare trajectory of diabetic nephropathy users

evidenced flaws in continuous care, such as lack of communication between professionals in Primary Health Care and in Specialized Care, lack of bond between users and professionals, long time waiting for assistance and/or for complementary exams at primary care level. Thus, it was concluded that the integration of healthcare services involved in the care to type 2 diabetes patients is not yet appropriate to rule out care fragmentation and to assure the quality of the provided care.

Keywords: Health Evaluation; Sentinel Surveillance; Comprehensive Health Care; Health Equity; Diabetes Mellitus, Type 2.

Lista dos Quadros

Quadro 1: Documentos utilizados para embasamento teórico da construção do modelo teórico –lógico.....	31
Quadro 2: Informantes das entrevistas estruturadas	38
Quadro 3: Informantes das entrevistas semiestruturadas	39
Quadro 4: Usuários das entrevistas semiestruturadas	40
Quadro 5: Índice de concordância dos especialistas sobre a Matriz de Análise e Julgamento nas três rodadas da técnica Delphi. Pernambuco - Brasil, 2017.....	55
Quadro 6: Pontuação (%) da dimensão estrutura e processo por indicador da Coordenação da Informação dos municípios de Caruaru e Recife (DS VII). Pernambuco – Brasil, 2017	62
Quadro 7: Pontuação (%) da dimensão estrutura e processo por indicador da Coordenação da Gestão Clínica dos municípios de Caruaru e Recife (DS VII), Pernambuco – Brasil, 2017	66
Quadro 8: Pontuação (%) da dimensão estrutura e processo por indicador da Coordenação Administrativa dos municípios de Caruaru e Recife (DS VII), Pernambuco – Brasil, 2017.....	70
Quadro 9: Pontuação (%) por dimensão e grau de implantação dos municípios de Caruaru e Recife (DS VII). Pernambuco – Brasil, 2017	71
Quadro 10: Análise dos casos quanto à classificação do contexto de implantação da CA na RISS ao portador de DM2. Pernambuco - Brasil, 2017	72
Quadro 11: Aspectos convergentes dos casos quanto à análise do contexto político organizacional. Pernambuco – Brasil, 2017	88
Quadro 12: Aspectos divergentes dos casos quanto à análise do contexto político organizacional. Pernambuco – Brasil, 2017	89

Lista de Tabelas

Tabela 1: Descrição do perfil sociodemográfico dos portadores de DM2 com nefropatia diabética nos municípios de Caruaru e Recife. Pernambuco - Brasil, 2017.....	94
--	----

Lista das Figuras

Figura 1: Tipos e dimensões da Continuidade Assistencial.	14
Figura 2: Mapa dos de Pernambuco, Brasil com os municípios de Caruaru e Recife. ..	27
Figura 3: Modelo teórico-lógico da CA na RISS ao portador de DM2 em dois municípios de Pernambuco – Brasil, 2017.	52
Figura 4: Fluxo da trajetória assistencial 1.	95
Figura 5: Fluxo da trajetória assistencial 2.	99

Lista de abreviaturas

AE	Atenção Especializada
AH	Atenção Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
CA	Coordenação da Atenção
DAE	Departamento de Atenção Especializada
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DCV	Doença Cardiovascular
DM	Diabetes Mellitus
DM1	Diabetes Tipo 1
DM2	Diabetes Tipo 2
DRC	Doença Renal Crônica
DS	Distrito Sanitário
ESB	Equipes de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FDI	Federação Internacional de Diabetes
GI	Grau de Implantação
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IRC	Insuficiência Renal Crônica
MDM	Metas de Desenvolvimento do Milênio
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NOA	Norma Operacional de Assistência
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organizações das Nações Unidas
PIB	Produto Interno Bruto
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RISS	Rede Integrada de Serviços de Saúde
RPA	Regiões Político-Administrativas
SAD	Serviço de Atendimento Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SBN	Sociedade Brasileira de Nefrologia
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TRS	Terapia Renal Substitutiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
ZEIS	Zonas Especiais de Interesse Social

Índice

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT).....	1
1.2 Diabetes Mellitus.....	3
1.3 A Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS).....	6
1.4 Coordenação da atenção e continuidade assistencial na atenção aos portadores de DM2 na RISS	11
1.5 Equidade e acesso aos cuidados de saúde aos portadores de DM2 na RISS	14
1.6 Avaliação em Saúde	18
1.7 O uso de traçadores e eventos sentinela na avaliação em saúde	21
2. OBJETIVOS	24
2.1 Objetivo geral:	24
2.2 Objetivos específicos:.....	24
3. MÉTODO	25
3.1 Desenho do estudo.....	25
3.2 Local do estudo.....	27
3.3 Casos e Unidades de Análise.....	29
3.3.1 Critérios para seleção dos casos.....	30
3.4 Estratégia da Pesquisa	30
3.4.1 Elaboração do modelo teórico-lógico e validação da matriz de análise e julgamento da coordenação da atenção ao portador de DM2	30
3.4.2 Determinação do Grau de Implantação da CA na RISS ao portador de DM2.....	34
3.4.3 Identificação da relação entre os fatores contextuais e o grau de implantação da CA na RISS ao portador de DM2	35
3.4.4 Análise da influência do grau de implantação e do contexto de implantação da intervenção sobre os efeitos observados	36
3.5 População do estudo	37
3.5.1 Informantes entrevistados para a etapa de determinação do Grau de Implantação da CA na RISS ao portador de DM2.....	38

3.5.2	Informantes entrevistados para a etapa de Identificação da relação entre os fatores contextuais e o grau de implantação da CA na RISS ao portador de DM2	39
3.5.3	Participantes da etapa de Análise da influência do grau de implantação e do contexto de implantação da CA na RISS ao portador de DM2 sobre os efeitos encontrados	40
3.6	Coleta de dados.....	40
3.7	Análise de Dados	42
3.7.1	Determinação do Grau de Implantação da CA na RISS ao portador de DM2	43
3.7.2	Identificação da relação entre os fatores contextuais e o grau de implantação da CA na RISS ao portador de DM2	45
3.7.3	Análise da influência do grau de implantação e do contexto de implantação da CA na RISS ao portador de DM2 sobre os efeitos encontrados	46
3.8	Considerações Éticas	47
4.	RESULTADOS E DISCUSSÃO	49
4.1	Elaboração do modelo teórico-lógico e validação da matriz de análise e julgamento da coordenação da atenção ao portador de DM2	49
4.2	Determinação do Grau de Implantação da CA na RISS ao portador de DM2 ...	57
4.2.1	Grau de Implantação da Coordenação da Informação.....	57
4.2.2	Grau de Implantação da Coordenação da Gestão Clínica.....	64
4.2.3	Grau de Implantação da Coordenação Administrativa	68
4.3	Identificação da relação entre os fatores contextuais e o grau de implantação da CA na RISS ao portador de DM2	71
4.3.1	Projeto de Governo para implantação da CA na RISS ao portador de DM2..	74
4.3.2	Capacidade de Governo para implantação da CA na RISS ao portador de DM2	79
4.3.3	Governabilidade para implantação da CA na RISS ao portador de DM2	84
	Análise da influência do contexto político organizacional sobre grau de implantação	89
4.4	Análise da influência do grau de implantação e do contexto de implantação da CA na RISS ao portador de DM2 sobre os efeitos encontrados	93
4.4.1	Trajectoria Assistencial 1: Procuraram a AE para diagnóstico, tratamento e exames complementares	94

4.4.2	Trajetória Assistencial 2: Receberam diagnóstico na rede de saúde privada e foram encaminhados para tratamento no SUS.....	98
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	103
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	107

1. INTRODUÇÃO

1.1 As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)

A doença crônica não transmissível (DCNT) é caracterizada por muitos fatores de risco associados, por longo percurso de latência, ser irreversível e de origem não infecciosa, e que, além disso, pode gerar incapacidade funcional. Há uma estreita relação entre os determinantes sociais como educação, ocupação, renda e gênero e a prevalência de DCNT¹. As pessoas de baixa ou nenhuma escolaridade e menor renda são as mais afetadas pelas DCNT, pois compõem o grupo menos favorecido, tendo menos acesso aos serviços de saúde^{1, 2, 3}. Assim, os grupos menos favorecidos ou os piores grupos têm tido uma participação desproporcional no aumento verificado na carga de DCNT^{3,4}.

As causas para as DCNT não podem ser atribuídas somente a um fator, tendo em vista que a maioria delas tem múltiplas causas e etiologias e depende também do tempo de exposição a que o indivíduo ficou ao agente causador, além da carga genética. De modo geral, os principais fatores de risco relativos às DCNT são o tabagismo, a alimentação não saudável, o sedentarismo e o consumo de álcool em excesso, os quais são responsáveis por mais de dois terços de todos os novos casos de DCNT e pelo aumento de suas complicações. No grupo das principais DCNT estão as doenças cardiovasculares; cânceres; doenças respiratórias crônicas; diabetes mellitus^{1,5,6}.

A ocorrência ou o aumento na prevalência das DCNT foi agravado pela transição demográfica acelerada, que se associa a uma transição de natureza epidemiológica e nutricional, vivenciada em diversos países. A transição demográfica resultou de significativa diminuição das taxas de fecundidade e natalidade, bem como do aumento progressivo da expectativa de vida e do número de idosos. A transição epidemiológica, decorrente da urbanização, do acesso a serviços de saúde, das mudanças culturais e dos meios de diagnóstico, resultou de um novo perfil de morbimortalidade, com aumento significativo da prevalência de DCNT. Por fim, a transição nutricional, que resultou do aumento progressivo de sobrepeso e obesidade em função das mudanças do padrão alimentar e do sedentarismo da vida moderna⁴.

Diante deste cenário, a crescente demanda de pessoas com DCNT constitui, atualmente, um problema que desafia o sistema de saúde, tanto nos países ricos quanto nos de média e baixa renda e que também é responsável por um número elevado de mortes prematuras, perda de qualidade de vida, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral⁷. As DCNT representam dois terços da carga de doença dos países de média e baixa renda e com previsão de chegar a três quartos até 2030. Assim, as DCNT colaboram para o empobrecimento das famílias em função dos custos agregados, pois, mesmo nos países com sistema de saúde gratuito e universal, o custo individual de uma doença crônica ainda é bastante alto. Com condições de longo prazo e tratamento demorado e dispendioso, comprometem, não só os recursos domésticos das famílias, como a sustentabilidade dos sistemas de saúde^{8,9}.

As taxas de mortalidade são mais altas nos países de baixa e média renda, onde as pessoas são mais expostas aos fatores de risco e com menor acesso às informações e aos serviços de saúde^{1,9}. Em 2008, 36 milhões do total global das mortes foram por DCNT. Deste total, 78% ocorreram nos países de média e baixa renda. A previsão da projeção dos anos de vida perdidos, ajustados por incapacidade para 2030, é de um aumento de 11% e 37% nos países de média e baixa renda respectivamente, comparando com a situação de 2008.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), a Organizações das Nações Unidas (ONU) e o Banco Mundial alertam que, como ameaça mundial, as DCNT requerem uma resposta global. Além de constituírem um desafio no âmbito familiar, causam e potencializam miséria, ameaçando o desenvolvimento humano, social, econômico e ambiental global. O impacto socioeconômico, gerado pelo elevado crescimento das DCNT, pode afetar, na maioria dos países, o progresso dos objetivos de desenvolvimento sustentáveis, a agenda 2030, que também almejam um mundo com o acesso equitativo e universal à educação de qualidade em todos os níveis, aos cuidados de saúde e proteção social, onde o bem-estar físico, mental e social deverão estar assegurados^{1, 10, 11}.

No Brasil, as DCNT constituem um problema de saúde de significativa magnitude. São responsáveis por 72% das causas de morte, destacando doenças do aparelho circulatório

(31,3%), cânceres (16,3%), diabetes (5,2%) e doenças respiratórias crônicas (5,8%)^{1, 2}. Para o indicador “anos de vida ajustados por incapacidade” (Disability-Adjusted Life Year - DALY), no Brasil, 69,9% de todos os DALYs em 2012 foram devido às doenças crônicas, sendo que essa proporção aumenta com a idade, chegando a quase 90% de todo o DALY entre idosos com 70 anos ou mais¹². O aumento proporcional e absoluto de DALY observado pode ser atribuído, tanto às mudanças demográficas oriundas do envelhecimento populacional, quanto ao aumento da prevalência de hábitos de vida não saudáveis, como tabagismo, inatividade física, alimentação não saudável e uso prejudicial de álcool⁴.

1.2 Diabetes Mellitus

Dentre as principais DCNT, com crescimento de prevalência nos últimos anos, está a diabetes mellitus (DM). A DM é uma doença crônica. Cada vez mais frequente e que decorre da falta de insulina no organismo e/ou quando o organismo não consegue utilizá-la adequadamente. A cada década o número de portadores de DM vem crescendo. Este aumento no número de indivíduos diabéticos é decorrente da urbanização, do crescimento e envelhecimento da população, maior sobrevivência dos pacientes com DM, além da presença de fatores de risco como obesidade e sedentarismo. Contudo, a mudança mais importante para a prevalência do diabetes em todo o mundo, parece ser o aumento na proporção de pessoas com mais 65 anos de idade^{13, 14}.

Quanto à sua etiologia, classifica-se em: **Diabetes tipo 1** (DM1), caracterizada pela produção de insulina deficiente, requerendo sua reposição diariamente. **Diabetes tipo 2** (DM2), caracterizada pelo uso ineficiente da insulina, atinge principalmente adultos. **Diabetes gestacional**, quando o estado hiperglicêmico for diagnosticado pela primeira vez durante a gravidez. “**Outros tipos de diabetes**”, como diabetes decorrentes de alterações genéticas ou pelo o uso de fármacos^{15, 16}. A prevalência da DM2 tem aumentado de forma significativa e este fato pode estar associado a vários fatores como ao envelhecimento da população, à crescente urbanização, às mudanças de hábitos alimentares, ao desenvolvimento econômico, aos hábitos de vida ligados ao sedentarismo, aos antecedentes familiares e aos padrões comportamentais^{17, 18}. Atualmente, estima-se que cerca de 425

milhões de pessoas em todo mundo possuam DM, aproximadamente 79% vivem em países de baixa renda. O Brasil ocupa o 4º lugar entre os dez países com maior número de indivíduos com DM. Se estas tendências persistirem, 629 milhões da população mundial adulta (20 a 79 anos) terão DM em 2045. Em 2017, no mundo foram 4 milhões de mortes por diabetes. Cerca de 46,1% das mortes por DM no grupo de 20 a 79 anos afetaram pessoas com menos de 60 anos. Na América Latina, estima-se que cerca de 40% das pessoas com DM desconhecem ter a doença¹⁹.

A DM constitui um problema de saúde pública, não só pela sua alta morbidade e mortalidade, como também pelos seus gastos cada vez mais significativos. Por sua natureza crônica e a severidade das suas complicações, o tratamento da DM se torna bastante oneroso para o paciente, a família e os serviços de saúde. Ainda apresenta gastos intangíveis que afetam a qualidade de vida e provocam grandes impactos para os portadores do DM e seus familiares. Nos países em desenvolvimento, a maioria das pessoas com diabetes está na faixa etária de 45 a 64 anos. Em contraste, a maioria das pessoas com diabetes, nos países desenvolvidos, tem mais de 64 anos de idade. Fato preocupante, pois a tendência dessa frequência resulta em impacto negativo sobre a qualidade de vida e a carga de doença aos sistemas de saúde. Nos países da América do Sul, o Brasil apresenta o maior número de pessoas com diabetes mellitus (11,9 milhões), seguido de Colômbia (2,1 milhões), Argentina (1,6 milhões) e Chile (1,3 milhões). O Brasil ocupa o quarto lugar no ranking mundial^{13, 15, 18, 20}.

Quando o estado hiperglicêmico é persistente, mesmo na ausência dos sintomas, resulta em lesões teciduais em diversos órgãos. Assim, as principais complicações que estão relacionadas ao mau controle da DM são: a neuropatia e amputação, a retinopatia, a doença cardiovascular (DCV) e a nefropatia. Esta última é responsável pelo aumento do número dos pacientes em diálise, pois, em média, 25% dos pacientes em hemodiálise são portadores deste tipo de nefropatia, sendo a patologia mais frequentemente a Insuficiência Renal Crônica (IRC) ou Doença Renal Crônica (DRC), associada a casos novos de pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS)^{14, 17, 18, 21, 22, 23, 24}.

Estudos apontam que, em cerca de 63% dos casos de DRC, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a DM2 estão presentes, sendo, portanto, responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise no Sistema Único de Saúde^{25, 26, 27}. A detecção precoce dessas doenças é de extrema importância uma vez que serve de base para a incidência de DRC²⁸. Murussi *et al.*²⁹, ressaltaram ainda que, com esta incidência, pelo menos “um terço dos indivíduos com DM2 será acometido pela nefropatia diabética” e que, quando a nefropatia é incipiente, o custo no tratamento aumenta em 65%, na nefropatia clínica, esse aumento é de 195% e de 771% na insuficiência renal terminal.

O Censo Nacional anual dos pacientes com doença renal crônica em programa de diálise, realizado pela Sociedade Brasileira de Nefrologia (SBN) no ano de 2012, trouxe que das 696 unidades de diálise cadastradas na SBN, 651 tinham programa ativo para tratamento dialítico crônico e 255 (39,1%) responderam ao questionário com total de 38.198 participantes em diálise. Destes, 83,9% eram reembolsados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e 16,1% por seguros de saúde privado. Quanto ao diagnóstico da doença renal primária, 34% dos casos foram de HAS, 29% de DM, 37% de outros diagnósticos. O número estimado de pacientes no país, em julho de 2012, foi de 97.586. Aumento anual de 3% em relação a 2010. O número estimado de pacientes que iniciaram tratamento dialítico em 2012 foi de 34.366, correspondendo a uma incidência de 177 pacientes por milhão da população (pmp)³⁰.

Em 2013, no Brasil, o número estimado de pacientes que iniciaram tratamento de diálise foi de 34.161. Com taxa de prevalência de 499 pacientes por milhão da população (pmp), ficando estável em relação a 2012 (503 pmp), que havia mostrado crescimento de quase 6% em relação a 2011 (475 pmp). Destes, 55% dos pacientes (n = 18.700) iniciaram tratamento na região Sudeste, 6.019 pacientes iniciaram diálise na região Nordeste, 5.249 na região Sul, 3.608 na região Centro-Oeste e 1.668 na região Norte. O número estimado de óbitos em 2013 foi de 17.944, correspondendo a uma taxa de mortalidade bruta de 17,9% durante o ano e com uma tendência à redução nos últimos anos^{31, 32, 33}. Em 2014, a incidência de novos pacientes em TRS foi de 36.548, ou seja, uma taxa de 180 pmp. No Nordeste, esta

incidência foi 114 pmp. As taxas de incidência do Japão são de 285 pmp e a dos Estados Unidos (EUA), 359 pmp³². A taxa de prevalência do tratamento dialítico, em 2014, foi de 772 pmp, quando se estimou haver 112.000 pacientes em diálise no país. A prevalência de pacientes em TRS, em julho de 2014, foi de 552 pmp na região Norte, de 672 pmp na região sudeste e de 423 pmp na região nordeste. A prevalência global aumentou em relação a 2013 (499 pmp) que já havia crescido em relação a 2011 (475 pmp)³⁴.

Os custos humanos e econômicos causados pela DM são enormes. As estimativas relacionadas aos custos com TRS sugerem que, entre os anos de 1991 e 2000, tenham sido gastos US\$ 470 bilhões em todo o mundo. Os gastos com TRS no Brasil superaram R\$ 1 bilhão no ano de 2004. Os custos decorrentes do diagnóstico tardio da doença renal crônica podem corresponder até a 15% do total dos gastos devidos à necessidade de TRS no país. Acredita-se que apenas 50% dos brasileiros com IRC terminal tenham acesso a alguma modalidade de TRS^{31,33}. Segundo Silva *et al.*³⁵, o Sistema Único de Saúde (SUS), em 2012, financiou o custo com 84% dos pacientes em TRS, incluindo gastos com procedimentos para hemodiálise e diálise peritoneal, sendo investidos 2 bilhões de reais.

Diante da magnitude do cenário exposto, a DM, como as demais principais DCNT, está relacionada à DRC, evidenciando a importância de políticas públicas eficazes para prevenção e controle de seu curso, a fim de melhorar o prognóstico dos pacientes e evitar o desenvolvimento de DCR que necessite de tratamento dialítico, evitando a progressão da doença e a morte precoce²⁷.

1.3 A Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS)

A ascensão da DM como DCNT, multifatorial e de presença global, é uma preocupação político social com prioridade máxima em âmbito mundial na saúde pública, que gera necessidades intervencionais de abrangência e complexidade mais alta que os casos agudos.

Entretanto, essa demanda crescente requer, do modelo de saúde, a superação de fragilidades como a fragmentação da atenção, a projeção para formulação de políticas ou a criação de mecanismos de remodelagem para atender às necessidades dos portadores de DM. Goulart⁵

esclarece que o oposto da fragmentação e da falta de coordenação dos serviços é a integração e que um serviço de saúde efetivamente integrado sob a forma de rede pode gerar alguns resultados como melhor saúde, maior qualidade no atendimento e menor desperdício⁵.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam por meio de um conjunto de pontos isolados de atenção à saúde e sem comunicação uns com os outros que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Em geral, não há uma população definida de responsabilização o que impossibilita a gestão baseada na população³⁶. No desempenho geral do sistema, esta fragmentação aparece como falta de coordenação entre os níveis e pontos de atenção, multiplicação de serviços e infraestrutura, capacidade ociosa e atenção à saúde em lugar não apropriado. Quanto à experiência das pessoas que utilizam o sistema, a fragmentação se expressa como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população²⁵. Para Lavras a fragmentação pode se manifestar de diferentes formas, mas principalmente: como fragilidade na articulação entre gestores e a gerência dos serviços; como desarticulação entre os serviços de saúde e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e como desarticulação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos³⁷.

A integração da atenção tornou-se uma prioridade para muitos sistemas de saúde. Especialmente no que se refere à resolução de problemas de saúde crônicos em que haja a necessidade de múltiplos e diferentes profissionais, como por exemplo DM2^{38, 39}.

Nesse sentido, para que o sistema de saúde possa dar conta de tal necessidade, o mesmo deve possuir um modelo assistencial que considere o máximo das variáveis que estão contidas neste processo. A formação RISS, também conhecidas como sistemas integrados de serviços de saúde, Redes de Atenção à Saúde (RAS) ou organizações sanitárias integradas podem proporcionar uma solução viável para crise dos sistemas de saúde e com forte potencialidade de impacto sobre as DCNT^{16, 36, 40}. As RISS são definidas como

arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, para desenvolver procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados por meio de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado³⁷. Uma RISS também pode ser entendida como um conjunto de organizações de saúde que oferecem assistência coordenada em toda a continuidade dos cuidados para uma população definida e é responsável pelos custos e resultados na saúde da população^{16, 36}. Tem como objetivo realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde⁴¹.

As RISS com foco no usuário são o melhor conjunto de dispositivos para alterar quadros de morbimortalidade de uma população, sendo a forma mais adequada de abordar as prevalentes doenças crônicas^{2, 42, 43}.

Nas RISS não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde. Todos os componentes são igualmente importantes. Diferenciando-se apenas pelas respectivas densidades tecnológicas que os caracterizam. A concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema se organiza sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde com a Atenção Primária à Saúde (APS) e seus sistemas de apoio sem ordem e sem grau de importância entre si⁴⁴.

No Brasil e nos países latino-americanos, a iniquidade e a ineficiência dos sistemas de saúde ainda são problemas centrais. As desigualdades nas condições de saúde persistem e evidenciam diferenças nas oportunidades de acesso e utilização dos serviços de saúde⁴⁰. Para reduzir a insuficiente resolubilidade da atenção à saúde, estes países passaram por programas de ajustes estruturais e reformas setoriais.

A reforma sanitária no Brasil originou a implantação do SUS com a promulgação da Constituição Federal do Brasil em 1988. Dentre os assuntos existentes na Carta Magna a saúde foi declarada como dever do Estado, porém liberada à iniciativa privada. Assim, ao longo dos anos, o Brasil apresentava dois sistemas de atendimento: o sistema público,

caracterizado pelo SUS e o sistema privado de assistência à saúde⁴⁵. Esse último pode, por meio de contrato ou convênio, complementar os serviços do SUS frente à deficiência estrutural em ofertar os serviços necessários ao atendimento da população como também atuar de forma suplementar com planos e seguros privados de assistência à saúde. O SUS possui, como princípios: universalidade, equidade e integralidade e, como diretrizes: regionalização, descentralização e participação os cidadãos. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade. A Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e proporcionar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação^{46, 47, 48}.

A criação do SUS trouxe inúmeras conquistas, desde serviços ambulatoriais especializados, centros oncológicos, ofertas de transplantes a ações intersetoriais de promoção de saúde e dos determinantes de maior qualidade de vida que foram traduzidos na diminuição da mortalidade infantil e materna, aumento da longevidade, mudança do perfil epidemiológico, expansão da rede de serviços entre outros. Para Harzheim *et al.* esses avanços não dependeram apenas do SUS, mas também das consequências da evolução da sociedade brasileira nos últimos anos como aumento dos índices de alfabetização, desenvolvimento de políticas sociais e redução dos níveis absolutos de pobreza⁴⁹.

A APS como principal estratégia de reorientação do SUS foi adotada pelo Brasil por meio da Estratégia de Saúde da Família, adotando o conceito de atenção primária como ordenadora de todo o sistema tendo um papel principal na identificação das necessidades de saúde da população, conformando uma Rede de Atenção à Saúde^{44, 50}. Segundo Starfield⁵¹ a APS pode ter suas características nos seguintes atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação e outros três derivados, centralização na família, orientação comunitária e competência cultural. Em 2011 o Ministério da Saúde lançou o Decreto 7.508 que regulamenta a Lei 8080/90, a qual define que uma rede de atenção à saúde deve ser um conjunto de ações e serviços de saúde

articulada em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde dispostos numa área geográfica definida e população determinada a ser atendida⁵².

No cenário da construção de RISS e com o propósito de reduzir a morbimortalidade associada à DM, o Brasil, por meio do Ministério da Saúde, implementou as seguintes estratégias: a) o Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus no País, entre os anos de 2001 e 2003; b) Política Integral de promoção, prevenção e controle de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, 2003; c) Programa de prevenção e cuidado integral às DCNT, 2004; d) aprovação da lei 11.347 no ano de 2006 que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários ao tratamento do DM; e) inclusão de novos medicamentos Rede Nacional de Medicamentos; f) estabeleceu com a Portaria nº 4279/10 as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde do SUS e o Decreto nº 7.508/11 que avança na proposta de descrição da organização de redes adequadas e suficientes, considerando as realidades brasileiras; g) lançamento da Portaria nº 483/2014, estabelecendo diretrizes para a organização das linhas de cuidado da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas e normatizando os princípios que devem reger a atenção ao doente crônico, assim como a integração com o sistema de saúde^{20, 41, 52, 53}.

No Brasil a APS está caracterizada por um elevado número de Unidades de Saúde juntamente com o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que usam o Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica (SISAB). Em 2019 havia quase 45 mil Unidades Básicas de Saúde (UBS), com 43.458 equipes de ESF possuindo assim capacidade de cobertura a aproximadamente de 150 milhões de pessoas. Contudo, nesse mesmo ano os dados do SISAB apontavam para cerca de 90 milhões de pessoas cadastradas na ESF à exceção dos registros duplicados. Assim, a diferença de 60 milhões de pessoas que vivem nas áreas de cobertura das equipes e não cadastradas já sinaliza a dificuldade de acesso na APS brasileira⁴⁹.

De acordo com a portaria nº 483/2014, a APS deve funcionar como ordenadora e coordenadora do cuidado. Responsabilizando-se pela atenção integral e contínua da população, assim como ser a porta de entrada prioritária para condução do cuidado. A Atenção Especializada (AE) deve apoiar e complementar os serviços da APS de forma resolutiva e em tempo oportuno. Ainda fazem parte da Rede os Sistemas de Apoio diagnóstico e terapêutico, a Regulação e a Governança⁴¹. Malta *et al.*² ressaltaram que, além desses esforços, é necessário atuar sobre os condicionantes e determinantes de saúde, articulando ações efetivas do Estado no sentido de minimizar as desigualdades, bem como coordenar a atenção entre os níveis assistenciais.

1.4 Coordenação da atenção e continuidade assistencial na atenção aos portadores de DM2 na RISS

Um dos objetivos para que os diferentes serviços de saúde atuem com qualidade na RISS é a integração da atenção que está intimamente relacionada à Coordenação da Atenção (CA). A CA consiste na interação entre provedores por meio de uma pactuação das diferentes atividades que se requer para atender ao paciente no decorrer do seu contínuo assistencial - atenção primária, secundária e terciária. Uma relação harmoniosa dos diferentes serviços é necessária para dar assistência a um paciente ao longo do contínuo cuidado^{38, 54, 55}. Assim, coordenação, continuidade e integração assistencial são termos geralmente utilizados, indistintamente, para referir-se a uma mesma ideia de conexão da atenção que o paciente recebe a partir de múltiplas fontes de provisão³⁸.

Starfield⁵¹ considerou que a essência da coordenação está na disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento dessa informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento. Tendo a APS a coordenação do cuidado assistencial por ser primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa e busca satisfazer as necessidades de saúde do indivíduo.

A busca pela CA é importante para reduzir a hospitalização desnecessária por meio de uma atenção balanceada, contribuindo na adequação da oferta e organização dos fluxos entre

serviços especializados e a APS⁵⁶. Como um dos atributos da APS, a CA potencializa e viabiliza os cuidados continuados, articulando os diferentes serviços do sistema para a integralidade e enfatizando que, as diferentes necessidades de saúde e as possibilidades de resolução, não podem ser alcançadas apenas pela equipe de APS^{51, 57}.

Na literatura foram identificados três tipos distintos de CA: (a) a coordenação da gestão clínica, que está relacionada com a provisão da atenção de maneira sequencial e complementar nos diferentes níveis de atenção; (b) a coordenação da informação, relacionada com a transferência e a utilização das informações sobre o paciente no seu trajeto assistencial; e (c) a coordenação administrativa, que coordena o acesso do paciente segundo as necessidades assistenciais^{54, 55, 58}.

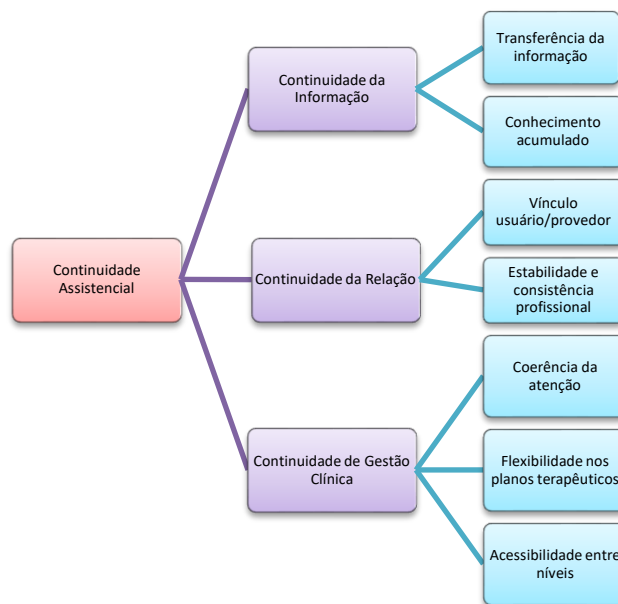
Por outro lado, a continuidade assistencial está representada pela relação entre o paciente e provedor. Assim, para que haja a continuidade, o paciente deve experimentar a CA. A partir do momento em que o paciente percebe que a atenção está coordenada, conclui-se que a continuidade assistencial foi obtida⁵⁴. Para Almeida *et al.*³⁹, a coordenação assistencial é considerada um atributo organizacional dos serviços de saúde, traduzida na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário. A interação dos cuidados consiste em uma coordenação durável dos serviços de saúde ofertados aos usuários necessitados, visando garantir a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos dos distintos profissionais e organizações. Assim, quando a CA atinge seu nível máximo, a atenção é considerada integrada³⁸. Não representa uma característica da gestão ou dos serviços de saúde, mas a forma como pacientes vivenciam e apreendem a integração de serviços submetidos a uma coordenação. Portanto, a continuidade assistencial pode ser reverberada como o resultado da coordenação da assistência por meio da perspectiva do paciente⁵⁹. Brito *et al.*⁶⁰ ressaltam que, diante do objetivo de avaliar a continuidade assistencial em amplitude e intensidade, é importante levar em consideração todas as suas dimensões, ou seja, a relação entre o paciente e os serviços ao longo do tempo, a transferência de informação e a gestão da atenção.

Neste estudo, foi utilizado o conceito proposto por Reid, Haggerty e McKendry, onde a continuidade assistencial pode ser analisada de acordo com o grau de coerência e união das experiências na atenção, percebida pelos usuários ao longo do tempo, estando a assistência em conformidade com as “necessidades de saúde e o contexto pessoal” de cada usuário⁵⁴. Desta forma, a continuidade assistencial deve ser percebida e expressar o ponto de vista do usuário a respeito dos serviços acessados em sua trajetória na RISS. Os mesmos autores identificaram os seguintes tipos de continuidade assistencial: (i) a continuidade da informação, relacionada com a disponibilidade e a utilização das informações sobre o usuário em experiências anteriores na RISS; (ii) a continuidade da relação, referente ao nível de relação estabelecida entre o usuário e profissional que assumiu a responsabilidade do cuidado desse usuário ao longo do tempo; e (iii) a continuidade da gestão clínica, relacionada com a coordenação da atenção e com o fornecimento de diferentes tipos de cuidados complementares ao longo do tempo.

Para cada tipo de continuidade assistencial, existem as seguintes subdivisões: A continuidade da informação está subdividida em: (a) a transferência da informação, que é a percepção do usuário de que cada serviço tem acesso à informação sobre a atenção prestada anteriormente e ao desenvolvimento de sua doença; e (b) o conhecimento acumulado, que está relacionado não só à percepção do usuário, mas também ao profissional que o atendeu. A continuidade de relação com duas dimensões: (a) o vínculo entre o usuário e o serviço de saúde; e (b) a estabilidade e a consistência do profissional, que estão vinculadas à possibilidade de o usuário ser atendido pelos mesmos profissionais, caracterizando-se pela responsabilidade e pela confiança entre usuário e profissionais. Por fim, a continuidade de gestão clínica se expressa em três dimensões: (a) a consistência do cuidado ou coerência da atenção, definida como a percepção, por parte dos usuários, de que exista coerência nos objetivos e tratamentos realizados por diferentes serviços; (b) a flexibilidade nos planos terapêuticos, definida como a percepção do usuário de que sua atenção se adapta às mudanças de suas necessidades e circunstâncias e (c) a acessibilidade entre os níveis assistenciais, caracterizada pela oportunidade de transposição de nível, de acordo com a

necessidade e no tempo oportuno⁵⁴. A figura 1 ilustra os tipos e dimensões da continuidade assistencial.

Figura 1: Tipos e dimensões da Continuidade Assistencial



Fonte: Reid, Haggerty e McKendry 2002

1.5 Equidade e acesso aos cuidados de saúde aos portadores de DM2 na RISS

As discussões de desigualdades e sistemas de saúde trazem à tona, necessariamente, o conceito de equidade no cuidado com a saúde. O conceito de equidade está mais próximo da concepção de justiça que de igualdade. Em saúde, este conceito está ligado a um conjunto de ideias e visões de ordem filosófica, ética, política e prática, que caracterizam a discussão contemporânea sobre a equidade social⁶¹. Deste modo, pode ser entendida como produto de uma intervenção sobre situações de conflito, funcionando como instrumento de justiça e reduzindo desigualdades. Pode também ser representada de forma horizontal e vertical. A equidade horizontal é definida como tratamento igual para indivíduos iguais. Já a equidade vertical se define como tratamento desigual, porém equilibrado de indivíduos desiguais. Indivíduos diferentes possuem, via de regra, necessidades diferentes^{62, 63}. Para Almeida *et al.*⁶⁴, as iniquidades estão fundadas nas relações sociais que determinam as

chances da população obter acesso aos recursos materiais e aos produtos sociais resultantes daqueles recursos.

A preocupação com a equidade em saúde vem aumentando e propiciando avanços no campo das políticas sociais, tendo em vista que a equidade pode estar relacionada tanto às condições de saúde quanto ao consumo dos serviços de saúde, à política e ao modelo institucional adotado. Equidade em saúde refere-se às necessidades em saúde que são socialmente determinadas e que transcende o escopo das ações dos serviços da área, à medida que os cuidados de saúde são apenas um entre os inúmeros fatores que contribuem para as desigualdades em saúde. Desta forma, a ação isolada dos serviços de saúde não é suficiente para resolver o conjunto das iniquidades em saúde, mas pode contribuir para reduzi-las⁶⁵.

No sistema de saúde, a questão da equidade está, intimamente, ligada ao acesso aos diferentes níveis de atenção relacionados à capacidade de organização dos serviços de saúde, para responder adequadamente às necessidades dos cidadãos. Sendo a questão de justiça distributiva no sistema, o elemento mais importante no direito de acesso aos cuidados de saúde^{66, 67}.

O acesso tem sido descrito como a oportunidade de utilizar os serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos. Ao nível básico depende apenas da oferta de cuidados, havendo oferta adequada os usuários têm oportunidade de usar os serviços. No entanto, o acesso não equivale à simples utilização do serviço de saúde. Dependerá também das barreiras à utilização desses serviços, sejam econômicas, sociais, organizacionais ou culturais⁶⁶. Não podemos pressupor que todas as barreiras ao acesso serão percebidas igualmente por todos, mesmo que sejam objetivamente as mesmas. Pode-se avaliar a aceitabilidade como um aspecto cultural, educacional e comportamental, que influencia o acesso ao cuidado com a saúde⁶⁸. A forma como as pessoas percebem a disponibilidade de serviços afeta a decisão de procurá-los, sendo esta decisão influenciada pela experiência passada^{69, 70}.

Em uma sociedade multicultural, o acesso e equidade também são variáveis culturais. Após a Segunda Guerra Mundial, muitas nações realizaram as reformas necessárias para implementar um sistema de saúde universal. Parte dos países ocidentais vislumbrou um sistema de financiamento da saúde que garantisse o acesso igualitário. Contudo, o acesso universal não se transformou em equidade em saúde. Ao longo dos anos, tem-se observado que alguns determinantes de saúde descansam fora do escopo e da responsabilidade direta do sistema de saúde como moradia, ambiente seguro, condições de trabalho, alimentação saudável⁷¹. No âmbito da América Latina, as mudanças que se produziram nos sistemas de saúde podem ser atribuídas a uma variável determinante do processo de globalização. A partir da década de 1980, as reformas nos sistemas de saúde deveriam ser aceleradas no sentido de expandir a cobertura, visando maior equidade, propiciar viabilidade fiscal e financeira e melhorar a eficiência, a qualidade e a satisfação dos usuários⁷².

Com base nos modelos conceituais existentes e da prestação de cuidados, cinco dimensões podem afetar o acesso: disponibilidade; proximidade; custos; qualidade e aceitação. Sendo a disponibilidade e a proximidade relacionadas com a oportunidade de utilizar os cuidados em saúde, refletindo a acessibilidade física ou geográfica. A dimensão custos está relacionada às despesas direta ou indiretamente decorrentes do consumo dos cuidados de saúde. A qualidade está relacionada tanto aos serviços prestados, como também à organização dos mesmos. Enquanto a aceitação avalia se a prestação de cuidados de saúde corresponde às necessidades e expectativas dos usuários⁶⁶.

No Brasil, a criação do SUS teve como um dos seus objetivos, diminuir as desigualdades no acesso da população do país aos serviços de saúde. De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, todo cidadão tem direito à saúde de forma integral, universal e equânime. A equidade tem sido interpretada por diversos especialistas em saúde pública como um princípio do SUS e um grande desafio a ser enfrentado pelos gestores. Uma vez que a igualdade no acesso aos serviços de saúde promove a garantia da universalidade, da cobertura e do atendimento, com o propósito de fornecer igual oportunidade de acesso aos serviços de saúde para indivíduos com as mesmas necessidades. Desta forma, cabe ao Estado garantir o acesso de todos os cidadãos, independentemente da sua condição

econômica, aos cuidados da medicina preventiva, curativa e de reabilitação⁶³. Contudo, a literatura tem evidenciado que a garantia do direito constitucional de acesso aos serviços de saúde e à integralidade na atenção trouxe resultados positivos pontuais como, por exemplo, a redução da mortalidade infantil, decorrente da terapia de reidratação oral e vacinação, dentre outros. Não observado impacto positivo sobre as condições de saúde da população como um todo⁷³. Principalmente, após a crise de 2014, pelas políticas de austeridade fiscal e, especialmente, pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que congela o orçamento público durante vinte anos⁷⁴. Para Paim⁷⁵, ao longo dos últimos 30 anos, um fato concreto é a implantação do SUS sem a sua consolidação. Um outro fator negativo observado no SUS é a restrição de acesso, inclusive à APS, além das listas de espera para consultas especializadas, exames de imagens e laboratoriais, internações e para procedimentos cirúrgicos de baixa complexidade⁴⁹.

A diminuição das desigualdades em saúde obtém-se atuando nos fatores determinantes, entre os quais, o acesso aos cuidados de saúde⁶⁶. O acesso está diretamente relacionado à disponibilidade de consultas de cuidado continuado e de demanda espontânea, atividades coletivas, atendimentos em grupo, realização de exames complementares, medicamentos, entre outros²³. A distribuição de renda também é considerada, por muitos, como um determinante da desigualdade em saúde. A posição do indivíduo na estrutura social é um indicador relevante de necessidades em saúde e o padrão de risco observado tende a ser desfavorável para aqueles indivíduos pertencentes aos grupos sociais menos privilegiados⁷⁶.

Estudos apontam que o foco na atenção primária é uma abordagem importante para a melhoria dos sistemas de saúde, visando a assegurar o acesso adequado aos serviços e aos medicamentos^{51, 77}. A efetiva implementação de RISS, centrada na Atenção Primária em Saúde, permite a ampliação do acesso e o uso regular de serviços de saúde com equidade⁶⁷. Com relação à atenção especializada, a incorporação de novas tecnologias nos sistemas de saúde de países com cobertura universal tem chamado à atenção dos tomadores de decisão em saúde.

1.6 Avaliação em Saúde

O surgimento de novas tecnologias em saúde, bem como a pluralidade de modelos assistenciais frente à escassez de recursos, têm aumentado a necessidade de discutir sobre a qualidade da assistência prestada e dos serviços de saúde, bem como de qual seria a melhor forma de avaliá-los⁷⁸.

A avaliação em serviços de saúde é, ou deveria ser, um procedimento habitual e cotidiano na gestão, cujos elementos devem ser articulados com as ações técnicas e administrativas. Deve ser parte integrante do planejamento e essencial ao processo de tomada de decisão⁷⁹. Contribui para conhecer o objeto e aprimorá-lo, viabilizando instrumentos capazes de auxiliá-los a realizar uma avaliação dos serviços de forma orientada⁸⁰. No Brasil, o aporte teórico tem retratado a diversidade de concepções e abordagens nos estudos avaliativos, sendo cada vez mais realizados no campo da saúde^{81, 82, 83, 84}.

Avaliação é o julgamento de valor sobre uma intervenção ou sobre qualquer dos um de seus componentes, com intenção de auxiliar na tomada de decisões. A intervenção pode ser entendida como qualquer sistema organizado de ação que tem por objetivo, dentro de um determinado contexto e tempo, modificar uma situação problemática. Um processo essencialmente humano, construído no cotidiano, sendo utilizado com a finalidade de julgar, estimar, medir, classificar ou analisar criticamente alguém ou alguma coisa, realizado tecnicamente por meio de procedimentos sistemáticos^{78, 85}.

Contandriopoulos *et al.*⁸⁶, bem como Champagne *et al.*⁸⁵, consideraram que esse julgamento pode ser feito a partir da apreciação dos componentes de uma intervenção em relação às normas e aos critérios, caracterizando uma avaliação normativa. Como também por meio de procedimentos científicos válidos e reconhecidos, constituindo uma pesquisa avaliativa com natureza analítica mais avançada. Já a avaliação normativa pode se constituir como uma das etapas da pesquisa avaliativa⁸⁷.

Donabedian⁸⁸ categorizou o modelo metodológico da avaliação em um modelo sistêmico, de estrutura, processo e resultado. Na estrutura estariam os elementos que caracterizam a

capacidade de oferta, ou seja, recursos administrativos, financeiros, humanos e materiais. Características básicas da estrutura, relativamente estáveis, sendo corresponsáveis pela produção da atenção, de modo que a característica estrutural dos lugares onde é oferecida a assistência em saúde pode influenciar o processo de atenção, diminuindo ou aumentando sua qualidade. O processo corresponde à avaliação do conjunto de procedimentos a serem executados, para se atingir os objetivos desejados. Por fim, os resultados implicam no estado de alteração de uma determinada ação ou atividade.

Quanto à classificação, a pesquisa avaliativa é representada em seis tipos: análise estratégica; análise lógica; análise de produtividade; análise de rendimento; análise dos efeitos; análise de implantação⁸⁵. Dentre estes modelos, a análise de implantação permite estabelecer a relação existente entre os efeitos observados e o grau de implantação de determinada intervenção. Torna-se viável quando há variabilidade nos resultados obtidos por intervenções semelhantes, implantadas em contextos diferentes⁸⁶.

Segundo Hartz⁸⁴, quanto ao conhecimento da totalidade das intervenções, avaliar a implantação de uma intervenção é uma condição indispensável no que se relaciona à validade do seu conteúdo e aos fatores explicativos observados entre o planejado e a realização das ações. Possibilitando a construção da teoria do programa, especificando sua natureza (componentes e práticas) e o contexto requerido como etapas prévias aos resultados esperados. No estudo do contexto, o intuito é compreender as diversas injunções de natureza técnica, ética ou política, relacionadas ao sucesso ou resistência organizacional. Deve ser sempre analisado, principalmente em intervenções complexas, e contribuirá para explicar “o porquê e o como” essas ações se constituem⁸⁹.

Assim, a análise de implantação é recomendada quando a intervenção é sensível a variações contextuais, podendo apresentar resultados variáveis, quando implantado em diferentes contextos, procura compreender a relação entre o contexto e a intervenção e identificar as possíveis variáveis que marcam sua evolução. Quanto a sua tipologia, pode ser: Tipo 1, análise dos determinantes contextuais do grau de implantação; Tipo 2, análise da influência da variação na implantação sobre os efeitos observados e o Tipo 3, análise da influência da

interação entre o contexto de implantação e a intervenção sobre os efeitos observados^{86, 90}. Uma análise dos determinantes contextuais da implantação poderá permitir a identificação dos meios pelos quais uma intervenção será plausível^{90, 91}.

Estas avaliações podem favorecer mudanças de atitude no decorrer da intervenção e propiciar informações necessárias para definição de estratégias. Contribuem para a compreensão dos diversos significados envolvidos em seu contexto como os ideológicos, políticos, econômicos, técnicos e seu envolvimento com os resultados^{82, 86, 83, 92, 93, 94, 95}. Assim, a avaliação torna-se uma ferramenta de grande utilidade para a gestão no apoio a tomada de decisão, pois permitirá aos principais envolvidos elaborar seus próprios julgamentos e expressar seus valores⁹⁶.

Quanto aos desafios à incorporação de práticas de avaliação nos serviços de saúde, a literatura aponta questões como as divergências ideológicas e subjetividade dos diversos autores, a dificuldade de se estabelecer parâmetros de qualidade em saúde, a difícil definição de quais aspectos do cuidado devem ser estudados. Principalmente, o desafio de desenvolver sistemas de avaliação factíveis para aferir o desempenho dos serviços de saúde no que tange à qualidade, eficiência e equidade e que essas avaliações agreguem valor, a medida em que produzam conhecimentos capazes de gerar aprimoramento dos processos profissionais e institucionais^{40, 81}.

Quando se trata de intervenções, é válido salientar que mudança não é igual à causalidade, pois aquelas ocorrem em ambientes dinâmicos passíveis de mudanças sociais, demográficas e políticas que podem afetar a população alvo. Sendo assim, a avaliação dos impactos ou causalidade requer uma estimativa do que teria sido a condição desta população se a intervenção não tivesse ocorrido. Para controlar a influência dos outros fatores que possam contribuir para mudanças observadas, é necessário definir um *contrafactual*. Na avaliação com foco na equidade, uma das melhores maneiras de definir um *contrafactual* credível, para responder a estimativa já mencionada, é por meio da análise de contribuição³. Consiste na abordagem baseada na teoria utilizada para avaliar intervenções em ambientes

complexos e dinâmicos, que desenvolve a teoria da mudança para demonstrar como um programa espera alcançar seus resultados⁹⁷.

Para Bamberger e Segone³, uma análise de contribuição consiste na abordagem baseada em uma teoria para avaliar intervenções complexas e desenvolve a teoria da mudança para demonstrar como uma intervenção espera alcançar seus resultados. Uma abordagem pela qual se permite afirmar que uma intervenção pode atuar como causa contribuinte, aumentando a compreensão dos porquês dos resultados encontrados, os papéis desempenhados pela intervenção e os fatores que a influenciam⁹⁸.

1.7 O uso de traçadores e eventos sentinela na avaliação em saúde

Condições, que podem ser consideradas como traçadoras, constituem uma alternativa para avaliação da atenção em saúde, abordando problemas complexos do sistema de saúde, como a qualidade da assistência à saúde^{87, 99, 100, 101}. Segundo Hartz e Contandriopoulos¹⁰², em virtude da variabilidade dos problemas de saúde contemplados, a utilização de “condições traçadoras” previamente estabelecidas facilita a definição de focos para análise das ações programáticas de saúde, contemplando os múltiplos “pontos de atenção” envolvidos na integração dos serviços. Samico *et al.*⁸⁷, advogam que os traçadores devem ser revisados e atualizados com frequência, tendo em vista a possibilidade de um mesmo problema contemplar ou não os critérios de definição de traçador, a depender do tempo e do lugar no qual se apresente.

Já o evento sentinela é representado por algo indesejável como a ocorrência de morte, inconsistências na assistência e no funcionamento dos serviços¹⁰³. É considerada condição evitável se o funcionamento dos serviços fosse adequado, um sinal de alerta que indica a necessidade de melhorar a qualidade dos cuidados^{103, 104}. Sua ocorrência sinaliza a necessidade de investigação e resposta imediata para detecção das falhas que tornaram o evento possível, visando sua correção de modo a garantir o funcionamento adequado do sistema. A avaliação a partir deste evento pode ser usada para avaliação de serviços de saúde, para elucidar os principais problemas existentes na assistência e no funcionamento

dos serviços. Possibilita a análise da eficácia e a resolutividade do sistema de serviços de saúde e, por consequência, o grau de alcance da integralidade na atenção à saúde^{87, 100, 105}.

O evento sentinela é considerado evitável por ter possibilidades de intervenções, mediante tecnologias apropriadas para evitar o aparecimento da doença, sua progressão e morte, independente destes procedimentos estarem acessíveis a toda população ou não¹⁰⁶. É um indicador sensível à qualidade da atenção prestada pelos serviços de saúde, podendo acarretar a tomada de medidas de resultado ou de impacto desta atenção¹⁰⁷. A utilização do evento sentinela permite obter muitas informações a partir de um número reduzido de dados, contribuindo para o reconhecimento de fatores de risco e para a definição ações prioritárias¹⁰⁸.

Tem sido frequente o uso de eventos sentinela para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, pois revelam inconsistências na assistência e no funcionamento dos serviços. A ocorrência de morte, invalidez ou doença evitável é tida como evento sentinela. Sua detecção sinaliza a necessidade de investigação e resposta imediata e este método tem sido utilizado para monitoramento da qualidade dos serviços de saúde. A avaliação a partir deste evento pode ajudar a determinar como eventos similares podem ser prevenidos no futuro, buscando-se encontrar as fragilidades do sistema na assistência à saúde que podem estar na alocação de recursos, nos processos ou até mesmo na utilização dos serviços por parte da população^{99, 105, 106, 107, 109}.

Durante a investigação do evento sentinela é possível verificar a trajetória assistencial do paciente pela RISS, permitindo identificar os serviços utilizados, apreciar as condições de funcionamento e a qualidade da assistência prestada, proporcionando a indicação dos problemas que levaram a sua ocorrência e as possibilidades de mudanças no processo, objetivando garantir maior segurança ao paciente e prevenir acontecimentos semelhantes no futuro^{100, 109}.

Para realização deste estudo avaliativo utilizou-se também os dois conceitos referidos acima, sendo a DM considerada como uma condição traçadora e a nefropatia diabética foi considerada como evento-sentinela. Desta forma, este evento aqui estudado, a partir da

investigação das trajetórias assistenciais, orientou a busca por fragilidades assistenciais do sistema de saúde que proporcionaram a ocorrência dessa complicação, considerada como evitável, se o serviço de saúde funcionar adequadamente, tendo em vista a DM ser um evento prevalente com etiologia, diagnóstico, terapia e prevenção bem definidos cientificamente. A utilização dessa doença como condição traçadora é adequada e útil para avaliar a continuidade assistencial, uma vez que, por meio do acompanhamento da trajetória assistencial dos portadores de DM, é possível conhecer a situação de integração entre níveis e fluxo de informações entre os serviços.

Perguntas Condutoras

Quais são os objetivos e componentes fundamentais para o funcionamento da CA na RISS ao portador de DM2?

Qual o grau de implantação da CA na RISS ao portador de DM2, desenvolvida à luz da equidade?

Em que medida o contexto político-organizacional influencia a implantação da CA e os efeitos encontrados na RISS ao portador de DM2?

Pressupostos Teóricos

A CA na RISS aos portadores de DM2 está implantada e desenvolvida à luz da equidade;

Os fatores contextuais influenciam na implantação da CA na RISS ao portador de DM2;

Os efeitos observados estão associados ao grau de implantação da Coordenação da Atenção na RISS aos portadores de DM2;

A CA na RISS, mesmo implantada, quando organizada de formas distintas em cada município, apresenta diferentes processos e influenciam nos resultados das ações implantadas.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral:

Avaliar, com foco na equidade, a implantação da Coordenação da Atenção na Rede Integrada de Serviços de Saúde ao portador de Diabetes Mellitus tipo 2 em dois municípios no estado de Pernambuco.

2.2 Objetivos específicos:

- 1) Elaborar o modelo teórico-lógico e validar a matriz de análise e julgamento da coordenação da atenção ao portador de DM2;
- 2) Determinar o grau de implantação da CA na RISS ao portador de DM2 em dois municípios do estado de Pernambuco;
- 3) Identificar a relação entre os fatores contextuais e o grau de implantação da CA na RISS ao portador de DM2 em dois municípios de Pernambuco;
- 4) Analisar a influência do grau de implantação e do contexto de implantação da CA na RISS ao portador de DM2 sobre os efeitos encontrados.

3. MÉTODO

3.1 Desenho do estudo

Pesquisa avaliativa, contemplando um estudo de Análise de Implantação, utilizando-se estudo de caso múltiplo com abordagem quantitativa e qualitativa.

A análise da implantação tem por objetivo verificar a relação entre a intervenção, seus componentes e o contexto, em relação à produção dos efeitos. A implantação pode ser definida como a transferência de uma intervenção do seu plano teórico para o plano operacional. O processo de implantação, como a integração do projeto de intervenção num contexto organizacional. Desta forma, visa permitir a melhor compreensão dos fatores que facilitam ou comprometem a implantação de uma intervenção^{85, 86}.

Neste trabalho, optou-se pelo estudo de caso pautado na triangulação, recurso particularmente recomendado para estudos de avaliação, e para aumentar a confiabilidade do estudo, visando uma melhor compreensão do objeto de pesquisa, pela possibilidade de registrar os vários pontos de vista sobre a realidade estudada.

A triangulação consiste na utilização de várias fontes de evidência, no uso simultâneo de diversas técnicas, fontes de dados, modalidades de análise, diferentes informantes e pontos de vista. Permite a abordagem de uma variação maior de aspectos históricos e comportamentais, bem como o desenvolvimento de linhas de convergência, que tornem as conclusões dos achados mais convincentes e acurados^{110, 111}. Uma estratégia de diálogo entre diferentes áreas de conhecimento, possibilitando o cruzamento entre teoria e prática agregado aos múltiplos pontos de vista. Desta forma, o uso da triangulação e a combinação de diferentes estratégias de pesquisa são capazes de perceber as dimensões qualitativa e quantitativa do objeto. Deverá atender aos requisitos de cada uma, seja a representatividade e a diversidade de posições do método qualitativo, quanto também às necessidades do método quantitativo, como propiciar o conhecimento da magnitude, cobertura e eficiência da intervenção estudada¹¹².

Assim, foram coletados dados quantitativos e qualitativos de diferentes fontes por meio de entrevistas com informantes chaves, consulta a documentos e observação direta.

Por meio da investigação sistemática, buscou-se uma associação plausível entre um conjunto de resultados relevantes e a intervenção^{86, 97, 110}. Para a avaliação dos efeitos, foram adotados os recursos das condições traçadoras e evento-sentinela. Considerando que as condições traçadoras são alternativas para abordar problemas complexos do sistema de saúde e, pela análise de efeitos são apropriadas, para mensuração do processo de atenção à saúde^{99, 100}. Frente à seleção de traçadores, é importante levar em consideração a prevalência do problema, a definição e facilidade de diagnóstico, a disponibilidade de tecnologia de eficácia reconhecida para tratamento e/ou prevenção, bem como a compreensão dos efeitos de fatores não médicos sobre o problema^{99, 113}. O evento sentinela, proposto por Rutstein *et al.*¹⁰³ como um dos métodos para vigilância à saúde, corresponde à ocorrência de uma situação indesejável que pode ser prevenido por um sistema de saúde eficiente. Para este estudo, a diabetes mellitus tipo 2 foi considerada como condição traçadora e, como evento-sentinela, nefropatia diabética com terapia renal substitutiva.

Neste contexto, este estudo considerou o referencial teórico utilizado na pesquisa: “O impacto de estratégias alternativas de integração da atenção no desempenho das redes de Atenção à Saúde, em diferentes sistemas de saúde na América Latina Equity LA II” concernente à RISS, coordenação entre níveis assistenciais e continuidade da atenção¹⁶. Outro ponto em comum com a pesquisa Equity LA II foi a seleção dos casos. É válido ressaltar que a pesquisa Equity LA II está sob a coordenação geral do Consórcio de Saúde e Social da Catalunha-Espanha e é uma pesquisa multicêntrica envolvendo os países: Chile, México, Argentina, Uruguai Colômbia e Brasil. Visa avaliar a efetividade das diferentes estratégias de integração da atenção na melhoria da coordenação e da qualidade da atenção nas RISS em distintos sistemas de saúde da América Latina. A análise de desempenho utilizada pela pesquisa Equity LA II está centrada na coordenação entre níveis assistenciais (de informação, gestão clínica e administrativa) e na continuidade da atenção (informação, da gestão clínica e da relação) entre níveis assistenciais e seu impacto na qualidade da

atenção. No Brasil, a coordenação do Projeto está sob a responsabilidade do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira-IMIP.

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em dois municípios situados na região nordeste do Brasil: Recife e Caruaru, ambos localizados no estado de Pernambuco (Figura 2).

Figura 2: Mapa dos de Pernambuco, Brasil com os municípios de Caruaru e Recife



Fonte: <http://especiais.ne10.uol.com.br>

Município de Recife: Capital de Pernambuco com área territorial de 218,435 Km², a cidade do Recife apresenta uma densidade demográfica de 7.039,64 hab/Km² com Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH) de 0,772 e Produto Interno Bruto (PIB) per capita em 2015 de R\$ 29.701,32¹¹⁴. Possui 1.637.834 habitantes, em sua pirâmide etária por sexo, percebe-se que nascimento igualitário de homens e mulheres, porém ao longo dos anos a população masculina vai diminuindo^{114, 115}. Quanto à renda da população municipal, observa-se que a maior parte não possui nenhum rendimento (33,1%) ou recebe até um salário mínimo (29,2%), e que a minoria da população (1,8%) apresenta renda maior que 20 salários mínimos¹¹⁴.

Na atenção à saúde, é caracterizado como referência de média e alta complexidade para outros municípios de Pernambuco. Assim, o município possui 06 Regiões Político-Administrativas (RPA), Cada RPA correspondia a um Distrito Sanitário (DS), que é a

unidade gerencial mínima da Secretaria de Saúde do município. Os territórios de dois distritos (III e VI) passaram por uma nova divisão e o município passou a conter oito distritos sanitários com existência de 66 Zonas Especiais de Interesse Social (ZEIS)^{114, 116}. A área considerada neste estudo foi DS VII, por apresentar uma rede com cobertura de serviços de saúde com APS e AE, propiciando aos usuários melhores condições de continuidade de atenção em saúde; provisão de serviços a uma população definida, principalmente, à população de extratos socioeconômicos baixos. Possui áreas com problemas estruturais e grande complexidade sanitária. É uma área de alto relevo, muitos morros, cercado de ladeiras e escadarias e locais de difícil acesso que sofrem com desabamentos e com a presença de moradias pouco estruturadas¹¹⁴.

Por meio da exploração do campo de pesquisa, foi possível coletar informações com informantes chaves, de modo que o DS VII possui o seguinte cenário para rede de saúde: a atenção primária é composta principalmente por Equipes de Saúde da Família (ESF); Equipes de Saúde Bucal (ESB); Equipes de Agentes Comunitários de Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Polos de Academias da Saúde. A atenção secundária e a terciária são formadas por recursos humanos e tecnológicos destinados a procedimentos de média e alta complexidade que atendem os usuários que são encaminhados pela atenção primária. Os serviços são prestados em Policlínicas; Hospitais de Referências; Maternidades; Serviços de Pronto Atendimento; Centro de Especialidade odontológicas e Central de Regulação.

Município de Caruaru: Localizado no agreste meridional do estado de Pernambuco, este município localiza-se a oeste da capital do estado, distando desta cerca de 140 km ocupa uma área territorial de 920,610 km², sendo que 16,65 km² estão em perímetro urbano e os 903,961 km² em zonas rurais. Sua população estimada em 2018 foi de 356.872 habitantes¹¹⁵. O município de Caruaru apresenta uma densidade demográfica de 342,07 hab/km² com IDH de 0,677 e PIB per capita em 2015 de R\$ 17.626,74. Sua população estimada em 2013 foi de 314.912 habitantes¹¹⁷.

No âmbito dos serviços e da administração o município é dividido em quatro Regiões, 1 a 4, agrupadas pela uniformidade de perfil de sua população. A rede de saúde de Caruaru também é composta por serviços dos três níveis de atenção (primária, secundária e terciária), territorialmente descentralizados. À semelhança do DSVII do Recife, a atenção primária é composta por Equipes de Saúde da Família; Equipes de Saúde Bucal; Equipes de Agentes Comunitários de Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Polos de Academias da Saúde. A atenção secundária e terciária é formada por Policlínicas; Hospitais de Referências; Maternidades; Serviços de Pronto Atendimento; Centro de Especialidade odontológicas e Central de Regulação.

3.3 Casos e Unidades de Análise

Foi realizado um estudo de caso de abordagens quantitativa e qualitativa, procedendo-se à triangulação dos dados considerando a experiência e percepção dos profissionais e gestores da RISS e a experiência dos usuários acometidos pelo evento traçador escolhido.

O estudo de caso é uma investigação empírica, que estuda um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto na vida real, principalmente quando os limites entre fenômeno e contexto não estão claramente definidos¹¹⁰. Constitui em uma estratégia de pesquisa alicerçada em metodologias quantitativas e qualitativas, com diversas fontes de informação em convergência e triangulada para responder as perguntas de investigação. É bem recomendado quando a análise de contexto tem seu foco na interação dos atores envolvidos pela implantação ou quando se deseja analisar o processo da implantação⁹⁰.

Pode constituir uma investigação empírica de um fenômeno que dificilmente pode ser isolado ou dissociado do seu contexto. É muito utilizado para o conhecimento de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos em pesquisas avaliativas pela possibilidade explicativas dos supostos vínculos causais em intervenções reais. Nos estudos de caso, a unidade primária de análise é considerada o caso, desta forma, os casos deste estudo foram o município de Caruaru e o DS VII do município de Recife. A análise dos dois municípios permitiu a generalização analítica por meio da lógica de replicação de

resultados de um caso para outro, na comparação feita a partir da observação estratégica estudada a um quadro teórico particular¹¹⁰.

3.3.1 Critérios para seleção dos casos

Os municípios para os estudos de caso foram selecionados de forma intencional de modo a considerar: *i*) possuir uma RISS com tecnologia de distinta complexidade, para assegurar a atenção continuada às pessoas portadoras de doenças crônicas; *ii*) ter experiências consolidadas de implantação da ESF possuindo cobertura da Estratégia de Saúde da Família $\geq 50\%$ e *iii*) redes de atenção à saúde que participam da Pesquisa Equity LA II. Assim, sendo os casos Caruaru e Recife (DS VII), ambos do estado de Pernambuco, Brasil.

3.4 Estratégia da Pesquisa

Para realizar o estudo de análise de implantação foi necessária a execução das seguintes etapas:

- Elaboração do modelo teórico-lógico e validação da matriz de análise e julgamento da coordenação da atenção ao portador de DM2;
- Determinação do Grau de Implantação da CA na RISS ao portador de DM2;
- Identificação da relação entre os fatores contextuais e o grau de implantação da CA na RISS ao portador de DM2;
- Análise da influência do grau de implantação e do contexto de implantação da CA na RISS ao portador de DM2 sobre os efeitos encontrados.

3.4.1 Elaboração do modelo teórico-lógico e validação da matriz de análise e julgamento da coordenação da atenção ao portador de DM2

A elaboração do modelo teórico-lógico impõe-se como etapa indispensável à avaliação da CA na RISS ao portador de DM2. Na elaboração do modelo, além da análise normativa e revisão da literatura disponível, foi pertinente considerar também a percepção de diferentes envolvidos na intervenção. As técnicas de consenso têm sido fortemente utilizadas para estes fins^{35, 89, 102, 118}. A técnica Delphi tem sido amplamente incorporada a diversas áreas

do conhecimento para o alcance do consenso sobre determinado assunto, possibilitando envolver pesquisadores que trabalham com o tema, gestores, profissionais de saúde e usuários^{119, 120}. Para Minayo¹¹¹, a utilização desta técnica é um dos instrumentos mais utilizados na construção de indicadores e possui valor fundamental para validação, tanto dos instrumentos como dos resultados da investigação, visto que apresenta o reconhecimento do juízo de pessoas experientes sobre um determinado tema.

Como etapa inicial deste estudo, foi realizada a análise documental e da literatura científica para embasamento teórico na construção do modelo teórico-lógico preliminar (Apêndice1), visando delineamento e clarificação da intervenção. Além da literatura científica relacionada à CA na RISS ao portador de DM2, foram também selecionados documentos normativos. Desta forma, foi realizada leitura flutuante^{111, 121} dos documentos enumerados no Quadro 1.

Quadro 1: Documentos utilizados para embasamento teórico da construção do modelo teórico-lógico.

Quantidade	Nomenclatura dos Documentos
01	Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
02	Portaria GM/MS Nº 252, de 19 de fevereiro de 2013, institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)
03	Portaria GM/MS Nº 1.600, de 7 de julho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)
04	Portaria GM/MS Nº 483, de 1º de abril de 2014, revoga Portaria GM/MS Nº 252, de 19 de fevereiro de 2013 e redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado

05	Portaria GM/MS Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008 – Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS
06	Projeto de pesquisa multicêntrica - Impacto de estratégias de integração da atenção em redes de serviços de saúde da América Latina-LAII
07	Plano Final da Investigação e Marco Analítico do Projeto Equity-LA- II Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina (Equity-LA II)
08	Relatório Equity- LA. Impacto das estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina (Equity-LA II). Caracterização das redes de controle e intervenção Brasil. Rede de controle: município de Recife - distrito sanitário III (microrregiões 3.2 e 3.3)
09	Relatório Equity- LA. Impacto das estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina (Equity-LA II). Caracterização das redes de controle e intervenção Brasil. Rede de intervenção: município de Caruaru
10	Relatório Equity- LA. Impacto das estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina (Equity-LA II). Resultados do estudo qualitativo sobre a coordenação da atenção entre níveis na rede de intervenção e controle no Brasil

Visando apresentar e validar o modelo teórico-lógico preliminar, bem como identificar sua plausibilidade, foram realizados dois encontros com 06 especialistas, entre profissionais integrantes do quadro de gestor da APS e pesquisadores da área de avaliação. Baseando-se no modelo teórico-lógico, foi construída uma matriz de análise e julgamento, na qual foram elencados critérios/indicadores para cada componente do modelo (Apêndice 2). Para garantir a validade de conteúdo e de construção do modelo teórico-lógico e da matriz de análise e julgamento, foi realizada nova consulta a especialistas profissionais da RISS. Assim, a matriz de análise e julgamento com critérios e indicadores foi submetida à apreciação destes especialistas pela técnica de consenso Delphi^{119, 122, 123, 124}. Esta etapa permitiu traçar objetivos, público alvo, ações e recursos necessários para operacionalizar a

intervenção, além de mapear os principais interessados ou *stakeholders*, que são definidos como organizações, grupos ou indivíduos que estão envolvidos pela intervenção e por eventuais consequências do processo avaliativo.

A técnica Delphi busca estabelecer um consenso de um grupo bem qualificado tecnicamente, com opiniões coletivas a respeito de determinado evento. Suas características essenciais são as trocas de informações e opiniões entre os respondentes, com anonimato das respostas e a possibilidade de revisão de visões individuais sobre determinado assunto, com base em uma representação estatística do entendimento dos envolvidos^{119, 120}.

O convite para participar desta técnica de consenso foi realizado via telefone e e-mail para 25 profissionais da APS, selecionados por conveniência, dentre os gestores (coordenadores de área e do NASF) e profissionais vinculados à ESF (médicos, enfermeiros e do NASF), com tempo de atuação não inferior a um ano e meio. Aos especialistas que aceitaram participar, receberam, via correio eletrônico, o convite de participação, a matriz de análise e julgamento, um Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), como também esclarecimentos sobre a pesquisa e sobre a técnica de consenso Delphi. A partir deste momento, deveriam apreciar todo o conteúdo da matriz de análise e julgamento e contribuir com adequações e aplicabilidade da mesma avaliando se os elementos de mensuração pertenciam à dimensão em que estavam previamente classificados e, caso afirmativo, solicitava-se que julgassem a validade dos mesmos, ou seja, se realmente aferiam o que fora proposto. Como também na valoração existente para os mesmos, levando em consideração o conhecimento e a experiência com notório saber na temática em questão. Ao mesmo tempo, poderiam sugerir a inclusão, exclusão ou adequações de componentes e indicadores^{122, 125}.

A matriz de análise e julgamento foi circulada entre os participantes para a formação de um grau de convergência das respostas $\geq 75\%$ por pelo menos metade dos especialistas^{119, 122}. Rodadas foram programadas para repetição, caso não fosse atingido o mínimo de concordância. Para tanto, foi utilizada uma escala tipo Likert^{124, 126, 127} de concordância com variação de um a cinco (discorda totalmente - concorda totalmente), permitindo testar a

consistência interna, onde um significa zero (0%) de concordância, dois (25%), três (50%), quatro (75%) e cinco (100%). Com base na matriz consensuada pelos especialistas, foram elaborados os questionários das entrevistas.

3.4.2 Determinação do Grau de Implantação da CA na RISS ao portador de DM2

Trata-se de um método que é utilizado quando se desejam comparar os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou os bens produzidos (processo), com critérios e normas^{85, 86}. Para definição do Grau de Implantação (GI), foi realizada uma avaliação normativa com as categorias de análise representadas pela apreciação da estrutura e do processo das ações de CA, desenvolvidas por meio da APS na RISS ao portador de DM. Assim, a avaliação da estrutura e do processo determinou o GI. Para tanto, foi utilizado um sistema de escores e empregados pontos de corte descritos a seguir em ‘método de coleta e análise de dados’.

Avaliação da Estrutura

Neste estudo, a avaliação da estrutura corresponde à análise de todos os insumos necessários ao funcionamento da CA na RISS ao portador de DM. A estrutura possui características relativamente estáveis como os recursos materiais, humanos e organizacionais¹²⁸, bem como a estrutura física das unidades de saúde e a estrutura organizacional da rede de serviços¹²⁹. A avaliação da estrutura verifica em que medida os recursos foram empregados para atingir os resultados esperados. Esta medida é dada pela comparação dos recursos e da organização da intervenção com critérios e normas pré-definidas^{86, 90}.

Assim, para a CA na RISS ao portador de DM, a coordenação da informação, coordenação da gestão clínica e coordenação administrativa foram avaliadas: a estrutura física, a existência de equipamentos e insumos, os recursos humanos, a normatização e os critérios consensuados pelos especialistas.

Avaliação do Processo

O processo refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação profissionais e usuários, como também os processos de gestão¹²⁹. A avaliação do processo corresponde à análise dos processos necessários ao funcionamento da CA na RISS ao portador de DM. Desta forma, verifica em que medida os serviços estão adequados para alcançar os resultados esperados¹²⁸. Esta medida se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção, com critérios e normas pré-determinadas em função dos resultados visados⁸⁶. Aqui foram avaliadas as ações referentes aos três componentes da CA: a coordenação da informação, coordenação da gestão clínica e coordenação administrativa.

3.4.3 Identificação da relação entre os fatores contextuais e o grau de implantação da CA na RISS ao portador de DM2

Para o cumprimento desta etapa, utilizou-se como referencial teórico, o triângulo de Matus (projeto de governo, capacidade de governo e governabilidade), com abordagem do modelo político organizacional^{130, 131}. Partindo-se do princípio que a CA é uma intervenção que recebe influência do meio onde é implantada. Assim, para que a CA seja implantada na RISS ao portador de DM2 nos municípios estudados, faz-se necessária para a atividade e convergência de ações dos atores envolvidos em sua implantação, segundo a esfera de atuação de cada um.

Ferreira e Vieira da Silva¹³¹ também analisaram o contexto construído sob a base ideológica de Matus e trouxeram as terminologias relacionadas ao projeto de governo; capacidade de governo e governabilidade. Sendo o projeto de governo, o conjunto de proposições elaboradas pelos gestores, visando o alcance de seus objetivos; a capacidade de governo relacionada ao capital teórico, instrumental e experiência acumulada que tem um ator e sua equipe de governo para conduzir, gerenciar, administrar e controlar o processo para resolver problemas e aproveitar oportunidades. Já a governabilidade do sistema diz respeito à liberdade de ação, que dispõem os atores frente às variáveis as quais controlam ou não controlam o processo do governo. É oportuno considerar a dinâmica da realidade social, complexa e repleta de conflitos com possibilidades constantes de mudanças na

trajetória dos acontecimentos, independente da vontade dos atores envolvidos. Portanto deve ser analisada como um todo, indivisível, ou seja, todas as dimensões que a compõem devem ser consideradas^{130, 131}. Neste sentido, a análise do contexto político organizacional envolveu a avaliação de critérios relacionados à integração, experiência e maturidade da gestão que em consequência influenciam o grau de implantação da CA na RISS aos portadores de DM2.

Construção da Matriz de Análise Contextual

A Matriz de Análise Contextual (Apêndice 3) foi construída à luz do *contexto político organizacional*, sob perspectiva das seguintes categorias de análise: projeto de governo; capacidade do governo e governabilidade^{130, 131}. O contexto foi determinado como favorável ou desfavorável à implantação da intervenção, a partir do julgamento dos critérios elencados em cada categoria de análise.

Análise da influência do contexto sobre o grau de implantação

A influência do contexto sobre o grau de implantação será analisada numa abordagem qualitativa, por meio da triangulação de dados¹¹⁰ com uso simultâneo de diversas técnicas, fontes de dados, modalidades de análise diferentes e pontos de vista de informantes¹³². As categorias de análise do contexto político organizacional serão analisadas segundo a descrição da matriz de análise contextual.

3.4.4 Análise da influência do grau de implantação e do contexto de implantação da intervenção sobre os efeitos observados

Para esta análise, foi considerada a nefropatia diabética como evento sentinela para avaliar a influência da implantação da intervenção (CA na RISS) sobre os efeitos observados. Esta avaliação pretende explicar as variações observadas nos efeitos após a introdução da intervenção. Para Denis e Champagne⁹¹, as mudanças trazidas pela intervenção podem ser medidas entre os diferentes indicadores de efeitos ou de impactos. Assim, por meio da triangulação de dados, foi realizada a análise da interação na perspectiva de contribuição

simultânea ou interdependência entre duas ou mais variáveis na produção dos efeitos. Também foi considerada a possibilidade de alguns fatores contextuais contribuírem para aumentar (interação sinérgica) ou bloquear (interação antagônica) os efeitos produzidos⁹¹.

Para construção das trajetórias assistenciais, foi utilizado o mapeamento dos itinerários terapêuticos sob duas lógicas diferenciadas: os serviços de saúde e a da utilização desses serviços a partir da experiência em busca da atenção. A primeira é constituída por meio das ações ofertadas e pela organização do sistema de saúde. Já a lógica dos usuários é determinada pelas necessidades percebidas e pelas escolhas ou opções possíveis quanto ao acesso aos serviços de saúde na RISS. Neste estudo, priorizou-se a observação da trajetória e comportamento do paciente no interior da RISS, com identificação dos distintos pontos e formas de acesso aos serviços.

Para construção da trajetória assistencial foi escolhido como traçador a DM e o evento sentinela a nefropatia diabética. Pela alta prevalência da DM, convém destacar, que suas complicações podem ser evitadas com ações da APS e com fluxos estabelecidos entre os diferentes níveis de atenção^{87, 99, 100, 101}.

3.5 População do estudo

Considerando a necessidade de construir cenários para a compreensão da atenção ao portador de DM2 na RISS observados a partir da capacidade de gestão local e das práticas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família, bem como o fornecimento da diversidade de informações sobre a temática deste estudo, diferentes sujeitos foram selecionados para participação deste estudo, assim caracterizados:

- a) Secretário Municipal de Saúde: responsável pela condução e evolução da política municipal de saúde e ator fundamental para analisar atenção ao portador de DM2 na RISS;
- b) Gestores da APS: acompanham rotineiramente as ações desenvolvidas na APS, também responsáveis por organizar o processo de trabalho, de acordo com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e pelas necessidades locais;

- c) Gestores da AE: acompanham rotineiramente as ações desenvolvidas AE, também responsáveis por organizar o processo de trabalho, de acordo com as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde e pelas necessidades locais;
- d) Profissionais integrantes da APS: neste estudo representado por médicos e enfermeiros e profissionais do NASF. Foram selecionados com a intenção de possibilitar uma análise de questões sobre a coordenação da atenção ao portador de DM2 na RISS;
- e) Usuários da RISS portadores de DM2 com nefropatia diabética: caracterizado aqui pelos indivíduos portadores de DM2 que se submetiam a TRS no período da coleta de dados, utilizando ou desfrutando dos serviços de saúde, no contexto e/ou necessidade em que foram atendidos na busca pelo cuidado.

3.5.1 Informantes entrevistados para a etapa de determinação do Grau de Implantação da CA na RISS ao portador de DM2

Na avaliação das dimensões de estrutura e processo para definição do grau de implantação, foram entrevistados 20 profissionais da APS: oito profissionais médicos e doze enfermeiros (Quadro 2).

Quadro 2: Informantes das entrevistas estruturadas

Município de Caruaru			
Quantidade	Nome da UBS/ESF	Entrevistados	Localização (Rural/Urbana)
01	Itaúna	01 Médico	Rural
		02 Enfermeiro	
02	Santa Rosa IV	03 Médico	Urbana
		04 Enfermeiro	
03	São Francisco I (PACS)	05 Enfermeiro	Urbana
04	Murici	06 Médico	Rural
		07 Enfermeiro	
05	Sinhazinha I	08 Médico	Urbana
		09 Enfermeiro	
06	Agamenon	10 Médico	Rural
		11 Enfermeiro	

Município de Recife (DS VII)			
07	Professor Bruno Maia	12 Enfermeiro	Urbana
08	Dr. Moacir André Gomes	13 Médico	Urbana
		14 Enfermeiro	
09	Iná Borges	15 Enfermeiro	Urbana
10	Alto José do Pinho	16 Enfermeiro	Urbana
11	Córrego da Bica	17 Médico	Urbana
		18 Enfermeiro	
12	Alto José Bonifácio	19 Médico	Urbana
		20 Enfermeiro	

Fonte: Elaboração própria

3.5.2 Informantes entrevistados para a etapa de Identificação da relação entre os fatores contextuais e o grau de implantação da CA na RISS ao portador de DM2

Análise de Contexto

Na análise do contexto, os sujeitos do estudo foram oito (8) gestores relacionados à atenção à saúde dos portadores de doenças crônicas, tanto no nível APS como na AE. Para construção das trajetórias assistenciais, onze usuários foram entrevistados (Quadro 3).

Quadro 3: Informantes das entrevistas semiestruturadas

Município de Caruaru		
Quantidade	Entrevistados	Códigos
01	Gestor Executivo de Saúde	GES1
02	Gestor da Atenção Básica	GAB1
03	Gestor da Atenção Especializada	GAE1
04	Gestor da Atenção Especializada	GAE2
Município de Recife (DS VII)		
05	Gestor Executivo de Saúde	GES2
06	Gestor da Atenção Básica	GAB2
07	Gestor da Atenção Básica	GAB3
08	Gestor da Atenção Especializada	GAE2

Fonte: Elaboração própria

3.5.3 Participantes da etapa de Análise da influência do grau de implantação e do contexto de implantação da CA na RISS ao portador de DM2 sobre os efeitos encontrados

Para esta etapa, foi necessária a construção da trajetória assistencial, de modo que participaram deste estudo diferentes usuários da RISS portadores de DM2 com nefropatia diabética que se submetiam à TRS no período da coleta de dados (Quadro 4). Foram incluídos os usuários com no mínimo seis meses de TRS, maiores de 18 anos, dependentes do SUS e que possuíssem a DM. Foram excluídos os usuários que possuíam comprometimento cognitivo ou que tivessem dificuldade de comunicação.

Quadro 4: Usuários das entrevistas semiestruturadas

Município de Caruaru		
Quantidade	Usuários	Códigos
01	Usuário da RISS portador de DM2	UR1
02	Usuário da RISS portador de DM2	UR2
03	Usuário da RISS portador de DM2	UR3
04	Usuário da RISS portador de DM2	UR4
05	Usuário da RISS portador de DM2	UR5
06	Usuário da RISS portador de DM2	UR6
Município de Recife (DS VII)		
07	Usuário da RISS portador de DM2	UR7
08	Usuário da RISS portador de DM2	UR8
09	Usuário da RISS portador de DM2	UR9
10	Usuário da RISS portador de DM2	UR10
11	Usuário da RISS portador de DM2	UR11

Fonte: Elaboração própria

3.6 Coleta de dados

Os dados foram coletados entre março de 2016 a dezembro de 2017. Com vistas a fortalecer a validade do constructo e a validade interna da pesquisa, Yin¹¹⁰ aconselha a utilização de diferentes fontes de dados para o desenho de estudo de caso. Foram coletados dados quantitativos e qualitativos de diferentes fontes, por meio de entrevistas com informantes chaves, consulta a documentos e observação direta.

O informante-chave é a pessoa que possui conhecimento especial sobre determinada área para compartilhar com o entrevistador. Essas pessoas podem fornecer sugestões de fontes de evidências corroborativas ou contrárias ao estudo, além de suas percepções e interpretações sobre determinado assunto¹¹⁰.

Para determinação do Grau de Implantação da CA na RISS ao portador de DM2, utilizaram-se questionários estruturados (Apêndice 5) que foram aplicados aos médicos e enfermeiros de 12 equipes de APS ligadas aos usuários considerados como eventos-sentinela, submetidos à TRS portadores de DM2. Esses questionários foram testados no estudo piloto em uma Unidade de Saúde da Família do município de Caruaru, a fim de se proceder às adequações que se fizeram necessárias nos roteiros das entrevistas. Neste piloto, foram observados se ocorreram dificuldades de entendimento das questões, se alguma pergunta causou constrangimento, se existia termos dúbios, se a ordem das perguntas estava adequada, entre outros.

Para coletar os dados secundários, foi feita consulta a documentos e a informações disponíveis nos documentos institucionais disponíveis no local em que se realizavam as entrevistas. Além dos artigos científicos publicados em periódicos e bases de dados que foram consultados nessa etapa da pesquisa.

No tocante à análise de contexto, para identificação da relação entre os fatores contextuais e o grau de implantação da CA na RISS, bem como para análise da influência do grau de implantação e do contexto de implantação da CA na RISS ao portador de DM2, sobre os efeitos encontrados, a coleta dos dados primários foi obtida por meio de entrevistas com informantes-chave no âmbito da gestão municipal, profissionais envolvidos com a formulação e implementação de políticas voltadas para o atendimento aos portadores de DM e usuários da RISS portadores de DM2 em terapia renal substitutiva que residiam em área de cobertura assistencial da APS. Foi utilizado questionário semiestruturado (Apêndice 6 e 7), construído a partir do modelo teórico-lógico e da matriz de análise e julgamento, como também do conteúdo que se pretendia explorar (categorias). As recomendações propostas por Minayo¹¹¹ foram seguidas onde cada questão levantada deve fazer parte do

delineamento do objeto e que todas caminhem para dar forma ao conteúdo, permitir ampliar e aprofundar a comunicação, contribuir para emergir dos interlocutores a visão, os juízos, relevâncias e relações a respeito do conteúdo abordado.

Para as anotações das observações, foi utilizado diário de campo para registros das impressões pessoais do pesquisador sobre comportamentos, conversas e atitudes dos informantes que pudessem contribuir para análise de dados. Neste instrumento também foram anotados contatos e registros das observações diretas do entrevistador durante o processo de entrevista. A observação direta de comportamentos e condições ambientais constitui relevante fonte de evidência. Essas evidências observacionais, geralmente, são úteis para fornecer informações adicionais sobre o que está sendo estudado¹¹⁰. Desta forma, o uso do diário de campo pode ser feito antes, durante ou depois das entrevistas, visando complementar e confrontar dados obtidos por meio da entrevista com relação ao cenário de coleta.

As entrevistas foram gravadas em áudio mediante consentimento livre e esclarecido. Para realização das mesmas, foram marcados encontros de acordo com a disponibilidade dos participantes. As entrevistas foram conduzidas nos seguintes locais: secretária municipal de saúde, unidades de atenção básica e clínica de hemodiálise no próprio município. Para o número e o tempo de cada entrevista, foi considerada a necessidade de atingir a totalidade do conteúdo previsto pelos roteiros como a saturação. Foi necessário permanecer em cada local por um tempo superior ao planejado, devido à impossibilidade de alguns pacientes responderem à entrevista por ficarem debilitados durante o processo de TRS, como também devido à ausência de alguns profissionais no dia agendado para responder à pesquisa, houve necessidade de retornar em outro momento para captação das informações.

3.7 Análise de Dados

Para cada etapa do estudo, os dados foram analisados da seguinte forma:

Elaboração do modelo teórico-lógico e validação da matriz de análise e julgamento da coordenação da atenção ao portador de DM2: Análise documental e da literatura científica com validação por meio da técnica de consenso Delphi;

Determinação do Grau de Implantação (GI) da CA na RISS ao portador de DM2: Para determinação do GI a análise foi feita a partir dos valores obtidos nos indicadores que compunham as dimensões “estrutura” e “processo” da matriz de análise e julgamento. Para o julgamento foi utilizado um sistema de escore, considerando-se os seguintes pontos de corte: Não implantado (< 25,0%); implantação incipiente (25,1% a 50,0%); parcialmente implantado (50,1% a 75,0%) e implantado (> 75,1%);

Identificação da relação entre os fatores contextuais e o grau de implantação da CA na RISS ao portador de DM2: Foram considerados critérios relacionados à matriz de análise contextual (projeto de governo; capacidade de governo e governabilidade); análise temática de conteúdo e GI. A classificação do contexto por categoria de análise em ‘favorável’, quando o número de critérios positivos fosse maior que o de negativos ou ‘desfavorável’, quando o número de critérios negativos fosse maior que os positivos;

Análise da influência do grau de implantação e do contexto de implantação da CA na RISS ao portador de DM2 sobre os efeitos encontrados: Além da análise de contexto e do GI, foram consideradas trajetórias assistenciais de evento sentinela a partir da nefropatia diabética. Reconstruídas segundo a análise de conteúdo e temática a partir da descrição e categorização dos discursos com cruzamento analítico das categorias sobre continuidade assistencial estabelecidas no referencial teórico. Também foi considerada análise documental das informações do diário de campo.

3.7.1 Determinação do Grau de Implantação da CA na RISS ao portador de DM2

O grau de implantação foi determinado a partir da análise dos critérios de estrutura e de processo dos componentes da CA.

A análise dos referidos critérios foi feita a partir dos valores obtidos nos indicadores que compunham as dimensões “estrutura” e “processo” da matriz de análise e julgamento

(Apêndice2). Nessa matriz, além de constarem todos os critérios de estrutura e de processo, constam também os padrões e as pontuações adotadas para a mensuração de cada indicador. A pontuação máxima esperada por componente dependia do número de indicadores contemplados em cada aspecto, e do número de unidades de saúde analisadas.

Assim, foi calculado o percentual da pontuação obtida em relação à esperada para cada indicador, componente e dimensão de cada unidade de análise, sendo 100,0% o percentual máximo esperado.

Para tanto, os GI para CA foram estabelecidos da seguinte forma:

- GI Estrutura = (Somatório das pontuações obtidas nos indicadores que compunham essa dimensão / Pontuação esperada na dimensão) x 100;

- GI Processo = (Somatório das pontuações obtidas nos indicadores que compunham essa dimensão / Pontuação esperada na dimensão) x 100.

O GI total (estrutura + processo) foi estabelecido de forma ponderada, por considerar que a dimensão processo era mais importante que a dimensão estrutura na implantação CA na RISS ao portador de DM2. Nesse sentido, foi atribuído peso três para a dimensão estrutura e peso sete para a dimensão processo. Assim, o GI total de cada unidade de análise foi obtido da seguinte forma:

$$\text{GI Total} = \left(\frac{(3 \sum E^1 + 7 \sum P^1) / 10}{(3 \sum E^2 + 7 \sum P^2) / 10} \right) * 100$$

Onde, $\sum E^1$ = Somatório das pontuações obtidas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura; $\sum P^1$ = Somatório das pontuações obtidas nos indicadores que compunham a dimensão processo; $\sum E^2$ = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores que compunham a dimensão estrutura; e $\sum P^2$ = Somatório das pontuações esperadas nos indicadores que compunham a dimensão processo.

Para o julgamento de valor do grau de implantação, foi utilizado um sistema de escore adaptado de Santos *et al.*¹³³ considerando-se os seguintes pontos de corte: Não implantado:

< 25,0% (■); implantação incipiente: 25,1% a 50,0% (■); parcialmente implantado: 50,1% a 75,0% (■); implantado: > 75,1% (■). Desse modo, para a análise dos dados quantitativos, oriundos das entrevistas foi utilizada a estatística descritiva no programa MS Office Excel 2010.

3.7.2 Identificação da relação entre os fatores contextuais e o grau de implantação da CA na RISS ao portador de DM2

Para esta etapa, foi necessária a realização da análise do contexto, realizada de forma descritiva à luz do Modelo Político Organizacional^{130, 131}. Os critérios adotados para a seleção das categorias temáticas e para o julgamento do contexto político organizacional de implantação estão inseridos na matriz de análise contextual descrita no apêndice 3. Desta forma, a análise do processo de implantação dos fatores políticos e organizacionais emergidos durante o processo avaliativo foi de natureza descritiva e qualitativa. Assim, as ferramentas facilitadoras produzidas no processo de avaliação e sua contribuição para a CA na RISS ao portador de DM2 foram identificadas e descritas mediante uma contextualização dos mecanismos utilizados como ferramentas no processo avaliativo para os estudos, compartilhamentos e práticas adotadas por todos os interessados da avaliação depois de reunidos e analisados¹³⁴.

Os dados oriundos das entrevistas foram transcritos, os textos foram lidos, simultaneamente à escuta dos arquivos de áudio, para que fossem identificadas possíveis falhas de transcrição e para facilitar a identificação dos núcleos de sentido, a partir das categorias. O contexto político organizacional foi classificado em “favorável” (■) e “desfavorável” (■) em relação à implantação da CA na RISS ao portador de DM2 nos dois municípios estudados. Para a classificação do contexto enquanto “favorável” ou “desfavorável” consideraram-se: O resultado da análise dos critérios foi apresentado como positivo (+, quando favorável) ou negativo (-, quando desfavorável). O contexto da categoria de análise era favorável quando o número de critérios positivos era maior que o de negativos. Se os critérios mais relevantes foram positivos, o contexto representado pela categoria de análise foi considerado favorável. É importante destacar que para a análise de cada critério, as

contradições identificadas entre os relatos dos entrevistados, ou entre o relato, a análise documental e observação direta, foram consideradas desfavoráveis. Após a classificação do contexto por categoria de análise, procedeu-se à classificação final do contexto. Concluiu-se que o contexto final era favorável quando o número de categorias temáticas favoráveis fossem $\geq 50,0\%$ que o de desfavoráveis. Em caso de empate, o mérito de desempate foi o julgamento de importância do critério para a implantação da CA na RISS ao portador de DM2.

Considerando a análise de implantação realizada, a variável do grau de implantação foi posta em relação com as variáveis contextuais do meio de implantação⁹⁰. Desse modo, foi realizado o confronto da classificação do GI obtido para casa município estudado, com a classificação final do contexto político organizacional.

3.7.3 Análise da influência do grau de implantação e do contexto de implantação da CA na RISS ao portador de DM2 sobre os efeitos encontrados

As entrevistas gravadas em áudio com os usuários foram ouvidas diversas vezes para compreensão do significado do relato do entrevistado e posteriormente transcritas integralmente para o tratamento do material sendo mantidas as inadequações linguísticas, perguntas e respostas. Contudo, para descrição dos resultados as verbalizações foram descritas com ajustes gramaticais da língua escrita sem alterar o conteúdo de interesse da pesquisa. Manzini¹³⁵ enfatiza a conveniência do ajuste gráfico sobre as falas transcritas apresentadas publicamente considerando que a fala transcrita pode ser elemento que produz estigma.

As trajetórias assistenciais foram reconstruídas segundo a análise do conteúdo e temática a partir da descrição e categorização dos discursos bem como a análise documental das informações do diário de campo¹²¹.

Seguindo a sequência proposta por Bardin¹²¹, a análise do conteúdo foi iniciada pela leitura flutuante do material com o objetivo de estabelecer um primeiro contato com as informações. Os passos seguintes foram à identificação das temáticas de registro que

corresponderam ao segmento de conteúdo que foi considerado como unidade de base para análise. Em seguida passou-se à categorização e cruzamento analítico com referencial teórico adotado.

Dessa forma, realizou-se uma análise rica e aprofundada das narrativas, com articulação dos dados concretos a fundamentação teórica estruturada sendo destacado tudo que era significativo. Na fase de tratamento e interpretação dos resultados, as passagens das trajetórias também foram analisadas a partir das categorias pré-estabelecidas sobre a continuidade assistencial. As trajetórias, além de relatos de uma história de vida, foram discutidas com o marco teórico, construindo os encontros entre os achados dessa pesquisa e as discussões já existentes. Assim, se avaliou a atenção oferecida aos portadores de DM, a partir do acesso, do vínculo, do cuidado assistencial à luz da continuidade da informação, continuidade da gestão clínica e continuidade da informação.

3.8 Considerações Éticas

O plano e a execução deste estudo foram elaborados em consonância com as diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que aprova as diretrizes e normas regulamentando pesquisas que envolvem seres humanos. O plano foi apresentado aos seguintes Comitês de Ética em Pesquisa: Comitê de ética em Pesquisa do Instituto de Higiene e Medicina Tropical da Universidade Nova Lisboa em Portugal e o Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira que emitiu parecer com aprovação em 16.03.2016 sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, CAAE: 53205216.8.0000.5201 (Anexo 1) e parecer sob o número: 1.452.998. As anuências dos municípios envolvidos na pesquisa foram solicitadas (Anexo 2 e 3) e foram respeitados os princípios éticos assim como o sigilo e anonimato dos participantes mediante TCLE (Apêndice 4).

Para tentar assegurar o direito de não identificação dos participantes neste trabalho e respeitando a confidencialidade que foi assumida no TCLE, os nomes dos entrevistados nos documentos relativos às entrevistas e à observação direta nos registros do diário de campo foram omitidos e substituídos por letras e números sequenciais. Decorridos cinco anos do

encerramento da pesquisa, todos os dados serão destruídos tanto no formato online quanto impresso. Ainda assim existe o risco de algumas pessoas serem identificadas, ao se referenciar o tempo e o local da pesquisa, mas todos os participantes tiveram autonomia para se retirarem do processo da pesquisa a qualquer momento que achasse necessário.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão dos achados foram considerados em conjunto e encontram-se descritos abaixo, organizados da seguinte forma: Elaboração do modelo teórico-lógico e validação da matriz de análise e julgamento da coordenação da atenção ao portador de DM2; determinação do Grau de Implantação da CA na RISS ao portador de DM2; Identificação da relação entre os fatores contextuais e o grau de implantação da CA na RISS ao portador de DM2 e Análise da influência do grau de implantação e do contexto de implantação da CA na RISS ao portador de DM2 sobre os efeitos encontrados.

4.1 Elaboração do modelo teórico-lógico e validação da matriz de análise e julgamento da coordenação da atenção ao portador de DM2

O modelo lógico previamente elaborado (Apêndice 01) a partir da análise documental e da literatura científica foi apresentado aos gestores e executores da intervenção inseridos na APS no intuito de uma verificação se a perspectiva apresentada a partir da análise documental correspondia àquela vivenciada na prática. Na medida em que o modelo era apresentado, os participantes validavam o seu conteúdo e a plausibilidade das relações causais estabelecidas no mesmo. De acordo com Leviton *et al.*¹³⁶, a coerência na relação causal entre os elementos do modelo teórico-lógico, tida como plausibilidade da intervenção, é um aspecto essencial, pois, sem esta análise, tanto o modelo teórico-lógico como o desenvolvimento das atividades, perdem o significado.

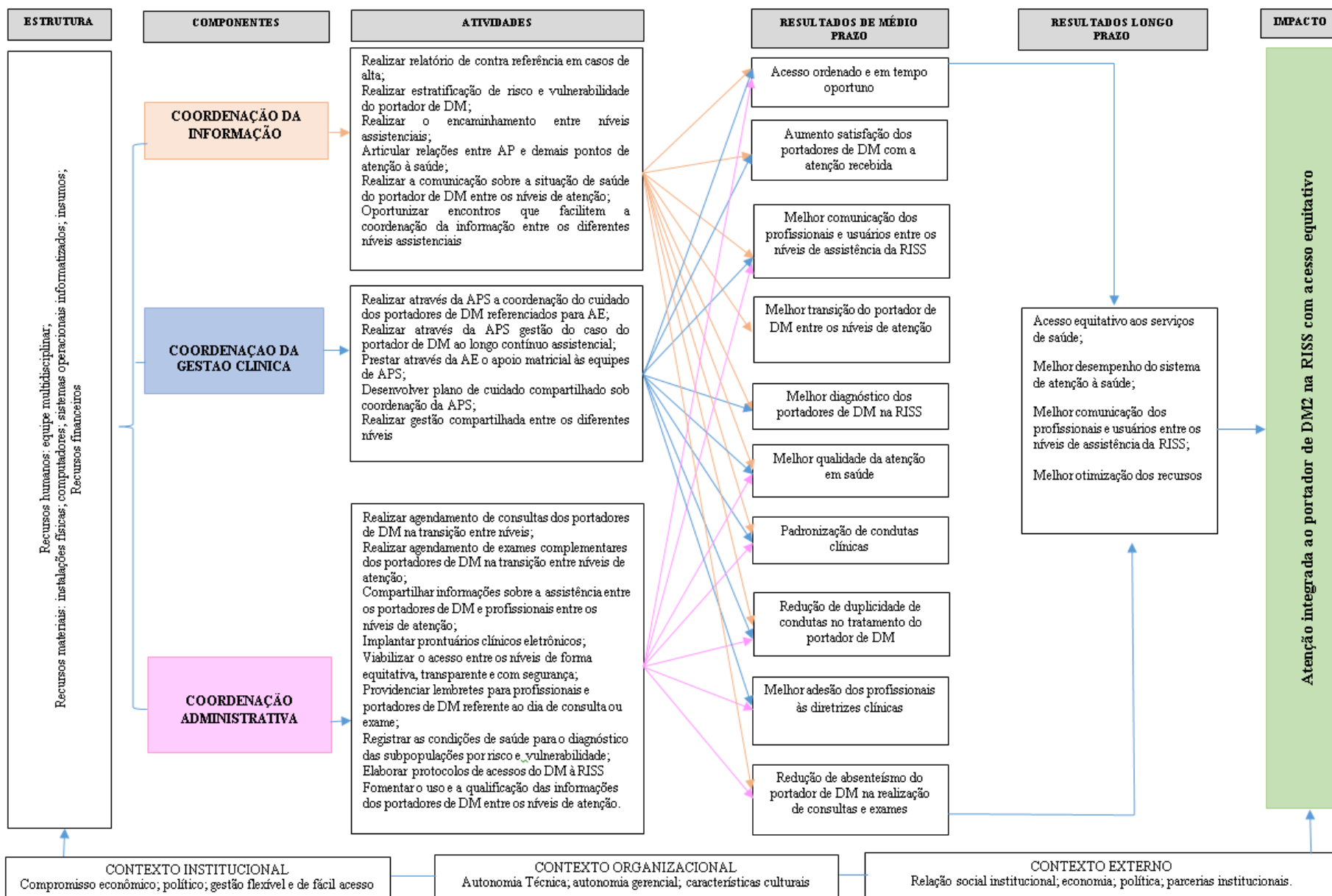
A figura 3 apresenta o modelo teórico-lógico construído e consensuado, a intervenção ‘Coordenação da Atenção à Saúde’ ficou caracterizada por três componentes: (i) coordenação da informação: atua no registro, utilização e transferência das informações (ii) coordenação da gestão clínica: que visa seguimento adequado, acessibilidade entre níveis assistenciais e coerência da atenção; e, (iii) coordenação administrativa: que atua administrativamente na ordenação do acesso. Para cada componente, consideraram-se os recursos, atividades e resultados esperados, para representar a operacionalização da CA na RISS ao portador de DM2. Cada componente é constituído por várias atividades em que o conjunto propõe uma estratégia para atingir um objetivo com produtos e resultados

esperados. Também foram explicitados os aspectos relacionados ao contexto, sendo este considerado através das seguintes formas: contexto institucional onde é elucidada a relação e integração da gestão local em propiciar o compromisso econômico e político através de uma gestão flexível e de fácil acesso; contexto organizacional retratou não só a autonomia técnica e gerencial dos indivíduos interessados como também as características culturais que podem influenciar nas relações estabelecidas sobre a CA na RISS ao portador de DM2, e por fim o contexto externo que destaca a possibilidade de relações social; institucional; econômica e política que podem influenciar nos efeitos e, conseqüentemente a implantação da intervenção. Desta forma os elementos ficaram traçados em uma lógica que auxiliou os envolvidos numa melhor compreensão quanto à completitude, à plausibilidade e à clareza das relações estabelecidas no modelo. O modelo teórico-lógico proporcionou um referencial que permite aos interessados visualizar com mais clareza a operacionalização da intervenção, aumentando a construção de acordos em relação aos componentes do programa e os resultados da avaliação^{122, 137, 138}.

Esta etapa permitiu refletir sobre o objetivo da CA no cuidado assistencial, tendo pacientes portadores de doenças crônicas como a DM2 na RISS como principal público alvo. Ao final, concordou-se que a CA tem como objetivo promover a continuidade do atendimento ao portador de DM2 na RISS por meio da articulação dos diversos serviços relacionados à atenção em saúde. No que concerne à atribuição da APS ser responsável pela CA entre os níveis assistenciais evidenciou-se que este entendimento não estava suficientemente claro para todos, observando-se discordâncias, uma vez que na compreensão dos gestores envolvidos, essa responsabilização deve ser compartilhada com a atenção especializada. Para Mendes³⁶, na RISS o centro de comunicação responsável pela coordenação de fluxos e contra fluxos do sistema de atenção à saúde é constituído pela APS. As dificuldades para entender esse papel protagonista envolvem dimensões política, cultural e técnica³⁶. Devendo levar em consideração que na hegemonia dos sistemas fragmentados de atenção à saúde existe a desvalorização da APS fortalecida por um sistema de pagamento por procedimento baseado na densidade tecnológica dos diferentes serviços.

A APS deve ser responsável pela atenção à saúde dos usuários independentemente do nível de atenção, ordenando, assim, o funcionamento da rede. Uma vez que constitui a principal porta de entrada do sistema, ofertando ações de saúde de caráter individual e coletivo, organizando o processo de trabalho multiprofissional com abordagem integral, garantindo o acesso a qualquer outro ponto do sistema³⁷.

Figura 3: Modelo teórico-lógico da CA na RISS ao portador de DM2 em dois municípios de Pernambuco – Brasil, 2017.



É válido ressaltar que quanto ao objetivo da intervenção, embora estivesse em primeiro momento claro, houve diferentes opiniões entre os gestores envolvidos se ‘a **CA propicia uma atenção integrada ao portador de DM2 com acesso equitativo e em tempo oportuno**’ ou se ‘a **CA promove a continuidade de atenção à saúde ao portador de DM2 na RISS**’.

Contudo, pode-se deduzir por meio do que foi efetivamente referido pelos participantes que a integração da atenção afeta a CA entre os diferentes níveis assistenciais sendo complementares na condução da DM2 e que a própria construção da RISS deve favorecer a integralidade contemplando a assistência em todos os seus níveis de atenção. Para Giovanella *et al.*¹³⁹, integração, coordenação e continuidade são processos inter-relacionados e interdependentes que envolvem sistema, atuação profissional e experiência do paciente ao ser cuidado.

Houve o entendimento conjunto que a CA promove ao portador de DM2 a continuidade de atenção à saúde ao longo de sua trajetória assistencial. Starfield⁵¹ considera que a coordenação é definida como a articulação dos serviços e ações prestados a pessoa, com direcionamento para a doença, e que tem como essência a disponibilidade informações frente aos problemas esteja voltada e sincronizada para um objetivo comum, independentemente do local onde ocorra o atendimento.

Como etapa seguinte, e a partir do modelo teórico-lógico construído e consensuado foi construída a matriz de análise e julgamento (Apêndice 2) considerando que a avaliação da intervenção deve ser baseada em parâmetros e para cada componente do modelo foram definidos critérios indicadores e padrões relacionados à estrutura e ao processo¹⁴⁰.

Neste estudo para validação a matriz de análise e julgamento foi submetida ao consenso, aplicando-se a técnica Delphi, ao grupo de especialistas integrantes da RISS ao portador de DM2. A técnica Delphi teve duração aproximada de dois meses, sendo 15 dias o intervalo para os especialistas responderem a cada rodada e 08 dias para a sistematização dos dados a serem enviados novamente aos especialistas.

Dos vinte e cinco (25) especialistas convidados, dez 10 (dez) especialistas deram resposta ao material recebido em um tempo de 15 dias. Após a análise das avaliações da primeira rodada, sete (7) indicadores obtiveram máximo índice de concordância pelos participantes (100%). Dezesete (17) indicadores foram avaliados com grau de concordância igual ou maior do que 75%. Assim, na primeira rodada obteve-se o consenso de 42,5%, sendo necessária uma rodada seguinte a fim de obter consenso superior a 50%.

Na segunda rodada também com duração de 15 dias, os especialistas receberam o resultado da primeira para que pudessem comparar seu ponto de vista com a média de opinião anônima dos demais especialistas devendo atribuir novos valores, ao término do prazo 10 especialistas deram retorno. Após a análise da segunda rodada, seis (6) indicadores obtiveram máximo índice de concordância pelos participantes (100%). Dezoito (18) indicadores foram avaliados com grau de concordância igual ou maior do que 75%. Assim, obteve-se o consenso de 45%, sendo necessária uma nova rodada a fim de obter consenso por pelo menos metade dos especialistas.

A concordância maior ou igual a 75% entre a maioria dos especialistas ocorreu com a realização da terceira rodada. Esta teve como prazo 20 dias e 08 especialistas devolveram suas respostas. Doze (12) indicadores obtiveram máximo índice de concordância pelos participantes (100%). Houve consenso de 60%, pois vinte e quatro (24) indicadores foram avaliados com grau de concordância igual ou maior do que 75%. O quadro 5 apresenta o índice de concordância por questão dos especialistas conforme a escala Likert. Pode-se perceber que após o julgamento dos especialistas, a matriz de análise julgamento manteve a mesma configuração da matriz preliminar, no que se refere à estruturação dos indicadores, não havendo inserção e/ou modificações em seu conteúdo.

Quadro 5: Índice de concordância dos especialistas sobre a Matriz de Análise e Julgamento nas três rodadas da técnica Delphi.
Pernambuco - Brasil, 2017

INDICADOR	1ª RODADA					CONCORDÂNCIA ≥ 75%	2ª RODADA					CONCORDÂNCIA ≥ 75%	3ª RODADA					CONCORDÂNCIA ≥ 75%
	1%	25%	50%	75%	100%		1%	25%	50%	75%	100%		1%	25%	50%	75%	100%	
1	0	0	0	5	5	10 (100%)	0	0	0	4	6	10 (100%)	0	0	0	3	5	8(100%)
2	1	1	0	2	6	8 (80%)	1	0	0	5	4	9 (90%)	0	0	0	3	5	8 (100%)
3	0	0	0	5	5	10 (100%)	0	0	0	5	5	10 (100%)	0	0	0	3	5	8 (100%)
4	0	0	0	3	7	10 (100%)	0	0	1	3	6	9 (90%)	0	0	0	2	6	8 (100%)
5	2	0	1	2	5	7 (70%)	2	0	2	2	4	6 (60%)	1	0	2	1	4	5 (62,5%)
6	0	1	0	4	5	9 (90%)	0	1	0	7	2	9 (90%)	0	1	0	1	6	7 (87,5%)
7	0	0	0	5	5	10 (100%)	0	0	0	7	3	10 (100%)	0	0	0	2	6	8(100%)
8	0	1	0	5	4	9(90%)	0	1	0	6	3	9(90%)	0	1	0	1	6	7(87,5%)
9	0	4	0	3	3	6(60%)	0	3	3	3	1	4(40%)	0	2	3	3	0	3(37,5%)
10	0	2	3	3	2	5(50%)	0	3	5	1	1	2(20%)	0	3	3	0	2	2 (25%)
11	0	1	0	5	4	9 (90%)	0	2	0	5	3	8 (80%)	0	0	1	3	4	7 (87,5%)
12	0	0	0	5	5	10 (100%)	0	0	0	7	3	10 (100%)	0	0	0	3	5	8 (100%)
13	0	0	1	3	6	9 (90%)	0	0	1	5	4	9 (90%)	0	0	0	3	5	8 (100%)
14	0	0	1	4	5	9 (90%)	0	0	2	5	3	8 (80%)	0	0	1	2	5	7 (87,5%)
15	0	0	0	5	5	10 (100%)	0	0	0	5	5	10 (100%)	0	0	0	2	6	8 (100%)
16	0	1	4	3	2	5 (50%)	0	1	3	4	2	6 (60%)	0	0	3	2	3	5 (62,5%)
17	0	2	0	4	4	8 (80%)	0	1	1	6	2	8 (80%)	0	0	1	3	4	7 (87,5%)
18	0	2	1	3	4	7 (70%)	0	2	0	5	3	8 (80%)	0	1	0	1	6	7 (87,5%)
19	0	1	1	4	4	8 (80%)	0	1	2	4	3	7 (70%)	0	1	1	2	4	6 (75%)
20	1	1	1	4	3	7 (70%)	1	2	1	6	0	6 (60%)	0	1	1	6	0	6 (75%)
21	1	2	1	3	3	6 (60%)	1	3	1	4	1	5 (50%)	0	1	2	3	2	5 (62,5%)
22	1	1	2	2	4	6 (60%)	1	2	2	4	1	5 (50%)	0	1	2	2	3	5 (62,5%)
23	0	2	1	3	4	7 (70%)	0	3	0	6	1	7 (70%)	0	0	2	2	4	6 (75%)
24	0	2	2	4	2	6 (60%)	0	3	1	5	1	6 (60%)	0	1	3	3	1	4 (50%)
25	0	2	5	2	1	3 (30%)	0	3	5	2	0	2 (20%)	0	0	4	3	0	3 (37,5%)

26	0	2	6	2	0	2 (20%)	0	3	5	2	0	2 (20%)	0	2	5	1	0	1 (12,5%)
27	0	2	3	4	1	5 (50%)	0	3	2	4	1	5 (50%)	0	1	3	2	2	4 (50%)
28	0	1	4	3	2	5 (50%)	0	1	3	5	1	6 (60%)	0	0	2	4	2	6 (75%)
29	0	1	3	5	1	6 (60%)	0	1	2	7	0	7 (70%)	0	0	2	4	2	6 (75%)
30	2	2	1	4	1	5 (50%)	1	4	2	3	0	3 (30%)	1	1	3	3	0	3 (37,5%)
31	0	4	3	2	1	3 (30%)	0	5	2	3	0	5 (50%)	0	1	4	2	1	3 (37,5%)
32	0	5	1	2	2	4 (40%)	0	6	1	3	0	3 (30%)	0	3	3	1	1	2 (25%)
33	0	4	1	2	3	5 (50%)	0	4	1	5	0	5 (50%)	0	1	4	3	0	3 (37,5%)
34	0	0	2	4	4	8 (80%)	0	1	0	6	3	9 (90%)	0	0	0	4	4	8 (100%)
35	0	3	0	6	1	7 (70%)	0	1	4	4	1	5 (50%)	0	0	4	3	1	4(50%)
36	1	4	2	3	0	3 (30%)	0	4	2	4	0	4 (40%)	0	3	2	2	1	3 (37,5%)
37	0	4	0	5	1	6 (60%)	0	1	2	7	0	7 (70%)	0	0	2	5	1	6 (75%)
38	0	1	1	3	5	8 (80%)	0	2	0	6	2	8 (80%)	0	0	0	5	3	8 (100%)
39	0	2	1	2	5	7 (70%)	0	2	0	6	2	8 (80%)	0	0	0	4	4	8 (100%)
40	0	0	0	4	6	10 (100%)	0	0	0	6	4	10 (100%)	0	0	0	3	5	8(100%)

Fonte: Elaboração própria

Os resultados obtidos na validação da matriz de análise e julgamento demonstraram, no aspecto qualitativo, que os itens referentes aos indicadores propostos para a avaliação possuem credibilidade e transferibilidade suficientes para sua aplicação em outros estudos. Convém ressaltar que a validação é aqui entendida como uma análise a ser complementada ou reconsiderada durante o processo de aplicação da matriz. É necessária revisão e validação dos critérios, indicadores, padrões e pontos de corte propostos na matriz. Portanto, tanto o modelo teórico-lógico como a matriz de análise e julgamento não se configuram em instrumentos inflexíveis, são passíveis de aperfeiçoamento em qualquer tempo para atender às demandas diversas em vários contextos^{35, 138}.

Na matriz de análise e julgamento, percebe-se que por meio dos indicadores, padrões e pontos de corte é possível se emitir um juízo de valor sobre a CA na RISS ao portador de DM2, contribuindo assim na análise e interpretação das informações bem como no planejamento da coleta de dados, das técnicas de análises, na organização e na apresentação dos resultados^{141, 142}.

Subsidiada pelas etapas descritas acima, a determinação do grau de implantação da CA na RISS aos portadores de DM2 será abaixo apresentado segundo cada componente do modelo teórico-lógico.

4.2 Determinação do Grau de Implantação da CA na RISS ao portador de DM2

4.2.1 Grau de Implantação da Coordenação da Informação

Esse componente caracterizou-se como parcialmente implantado nos dois municípios estudados, com GI de 64,7% para o município de Caruaru e 53,8% para o município de Recife (DS VII). A pontuação percentual da dimensão estrutura foi classificada em implantação incipiente com 41,6% para Caruaru e 32,5% para Recife (DS VII). Com destaque negativo para os indicadores “Existência de protocolo ou mapas para estratificação de risco e vulnerabilidade dos portadores de DM” em Recife (DS VII) com 11,1% e Caruaru com 27,3% e “Existência de prontuário médico eletrônico” com 9,1% em Caruaru e 11,1% em Recife (DS VII). Ainda para esta dimensão, pode-se observar que o

indicador com melhor resultado nos dois municípios (implantado) foi “Existência de formulário ou ficha para cadastro dos portadores de DM” com 90,9% em Caruaru e 77,8% em Recife (DS VII). A “Existência de protocolo ou ficha para realização em referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção” obteve GI de 81,8% em Caruaru enquanto em Recife (DS VII) obteve GI de 55,6% (Quadro 6).

Achados semelhantes foram encontrados por Santos *et al.*¹³³, quando estudou a implantação da RISS ao portador de DM no município de Recife e evidenciaram a inexistência de protocolos para estratificação dos pacientes por risco. Para Mendes⁴⁴, a estratificação segundo riscos e as respostas das UBS, conforme o estrato de risco, ajudam a adequar e a ampliar o acesso. O Ministério da Saúde enfatiza a justificativa da importância desta estratificação essencialmente porque as pessoas têm diferentes necessidades, variando conforme seu risco¹⁴³. Apesar da importância e necessidade dos protocolos de estratificação de risco, isoladamente não são capazes de definir o risco ou a vulnerabilidade do indivíduo¹³³. Sendo necessária a presença de diálogo, interação, a escuta, o respeito e o acolhimento do usuário¹⁴³.

O prontuário eletrônico além de concentrar os registros de saúde de um paciente é também um documento de referência no processo de comunicação entre profissionais de saúde e o paciente. Permitindo agir coerentemente sobre as decisões a serem tomadas em relação ao paciente e intervir para resolver problemas de ordem clínica, administrativa e de gestão em organizações de saúde. Esse tipo de prontuário é uma proposta para atender as demandas dos novos modelos de atenção e de gerenciamento dos serviços de saúde¹⁴⁴. Para Starfield⁵¹, os prontuários eletrônicos têm a probabilidade de se tornarem rotina para o armazenamento das informações à atenção à saúde podendo substituir os prontuários de papel. A capacidade tecnológica não é mais barreira para os sistemas de informação efetivos na transferência rápida e precisa das informações. Os desafios consistem na ausência de uma estrutura para definição dos tipos de informação que devem ser incluídas; como devem ser registradas; com que tipo de detalhes e formato; quais os mecanismos para assegurar a padronização e de que forma essas informações sejam interpretadas. Contudo, na implantação do prontuário eletrônico é oportuno levar em consideração também

limitações logísticas e operacionais existentes como a falta de recursos humanos que saibam manusear esse recurso, falta de recursos financeiros para a instalação do sistema eletrônico e até falta de interesse dos gestores de saúde nas tecnologias disponíveis e necessárias a este recurso.

Além de seu caráter assistencial, ético, legal e científico no Brasil, a resolução 1638/2002 aponta que um dos objetivos do prontuário é possibilitar a comunicação entre membros da equipe multiprofissional e a continuidade da assistência prestada ao paciente¹⁴⁵. Quando utilizados de maneira integrada, os prontuários eletrônicos ampliam as chances de comunicação entre a APS e AE, favorecendo a transmissão e compartilhamento de informações sobre o paciente^{39, 146}.

Estudando sobre o prontuário eletrônico no sistema de saúde brasileiro, Patrício *et al.*¹⁴⁷, destacaram que o atendimento assistencial é realizado por diferentes profissionais, as informações costumam ser coletadas diversas vezes e, não raro, são solicitadas repetidamente pelo mesmo provedor. Apesar de alguma redundância ser intencional e desejável, a repetição pode incomodar o paciente ou trazer custos ao sistema.

Corroborando com os achados deste estudo, a “existência de prontuário médico eletrônico” também se caracterizou como não implantado no estudo realizado por Santos *et al.*¹³³, na RISS em Recife bem como no trabalho realizado por Fausto *et al.*¹⁴⁸, onde apenas 11% de 16.566 equipes da APS relataram utilizar o prontuário eletrônico único no seu cotidiano.

Considerando o prontuário eletrônico como ferramenta que pode contribuir para a integração das RISS, Gonçalves *et al.*¹⁴⁹ realizaram estudo para investigar a existência e a acessibilidade do prontuário eletrônico em 39 equipes da APS em um município de Minas Gerais, Brasil, sob a seguinte questão norteadora: há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede? Também puderam observar que não houve implantação do sistema de prontuário eletrônico único que poderia ser acessado nos diferentes pontos das RISS.

A dimensão processo obteve GI parcialmente implantado nos dois municípios com 69,5% em Caruaru e 58,2% em Recife (DS VII). Com maior destaque para os indicadores “Percentual de profissionais que realizam a referência para os demais níveis assistenciais quando necessário”; “Percentual de profissionais que utilizam protocolo ou ficha para realização de referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção”; “Percentual de profissionais que recebem relatório/ficha de contrarreferência preenchida”; “Percentual de profissionais que preenchem relatório/ficha de referência”, todos com 100%. No município de Recife (DS VII), os indicadores “Existência de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais” e “Percentual de profissionais que participam de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais” apresentaram GI não implantado com 22,2% (Quadro 6).

Achados semelhantes também foram observados por Santos *et al.*¹³³, no que concerne à existência e utilização do fluxograma de atendimento ao DM como também ao encaminhamento do paciente da APS para outros níveis de atenção. O GI foi classificado como implantado, contudo, as ações de cadastro foram consideradas não implantadas opondo-se aos resultados aqui encontrados. Para Reid, Haggerty, Mc Kendry⁵⁴, a continuidade da informação, por meio de mecanismos que assegurem sua disponibilidade e utilização, permite que seja ofertada uma atenção apropriada às necessidades de saúde mais atuais do paciente. Os problemas relacionados à comunicação podem estar mais relacionados à atuação do profissional de saúde (seu engajamento, concepções e disposições) que a existência de ferramentas gerenciais¹⁵⁰.

Quanto à “existência de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais e percentual de profissionais que participam de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais”, achados semelhantes foram encontrados no estudo de Santos *et al.*¹³³, ao analisarem a “comunicação entre os pontos de atenção” que se caracterizou como não implantado. Os achados de Sousa *et al.*¹⁵¹ também corroboram os resultados aqui

encontrados, ao observarem que a presença de reuniões entre equipes da APS estava bem mais consolidada do que as reuniões de articulação entre níveis na RISS.

Avaliando a rede de atenção ao portador de hipertensão arterial dos municípios que formam a maior região de saúde de Mato Grosso do Sul, Brasil, Santos *et al.*¹⁵² também puderam observar a dificuldade para estabelecer um fluxo contínuo de comunicação entre os serviços de diferentes complexidades da rede para a abordagem da situação de saúde dos indivíduos, excetuando-se as situações de urgência e emergência. Esse tipo de mecanismo de coordenação favorece o contato pessoal dos profissionais e tende a ser mais efetivo para melhorar a integração entre profissionais de diferentes níveis de atenção, criando espaços para a comunicação e favorecendo a troca de informações e o ajuste e compartilhamento de estratégias terapêuticas¹⁵¹.

Quadro 6: Pontuação (%) da dimensão estrutura e processo por indicador da Coordenação da Informação dos municípios de Caruaru e Recife (DS VII). Pernambuco – Brasil, 2017.

COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO			
ESTRUTURA			
CRITÉRIO	INDICADOR	PONTUAÇÃO	
		CARUARU	RECIFE (DS VII)
Transferência da informação	1-Existência de formulário ou ficha para cadastro dos portadores de DM	90,9%	77,8%
	2-Existência de protocolo ou mapas para estratificação de risco e vulnerabilidade dos portadores de DM	27,3%	11,1%
	3-Existência de protocolo ou ficha para realização em referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção	81,8%	55,6%
	4-Existência de meios de transferência de informações como telefone, computadores com internet, etc.	39,4%	37,0%
	5-Existência de prontuário médico eletrônico	9,1%	11,1%
Total da Estrutura		41,6%	32,5%
PROCESSO			
CRITÉRIO	INDICADOR	PONTUAÇÃO	
		CARUARU	RECIFE (DS VII)
Transferência da informação	15-Realização de cadastro dos portadores de DM	90,9%	77,8%
	16-Realização de estratificação de risco e vulnerabilidade dos portadores de DM	72,7%	25,9%
	17-Percentual de profissionais que inserem informações dos portadores de DM nos sistemas de informação	50,0%	100,0%
	18-Percentual de profissionais que realizam a referência para os demais níveis assistenciais quando necessário	100,0%	100,0%

	19-Percentual de profissionais que utilizam protocolo ou ficha para realização de referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção	100,0%	100,0%
	20-Percentual de profissionais que recebem o relatório de alta hospitalar	33,3%	33,3%
	21-Percentual de profissionais que recebem contrarreferência dos demais níveis assistenciais	33,3%	33,3%
	22-Percentual de profissionais que recebem relatório/ficha de contrarreferência preenchida	100,0%	100,0%
	23-Percentual de profissionais que preenchem relatório/ficha de referência	100,0%	100,0%
	24-Percentual de profissionais que trocam informações sobre os pacientes que atendem em comum	100,0%	33,3%
	25-Existência de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais	45,5%	22,2%
	26-Percentual de profissionais que participam de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais	45,5%	22,2%
Uso da Informação	27-Percentual de profissionais que consultam as informações transferidas	90,9%	77,8%
	28-Percentual de profissionais que incorporam as informações transferidas à prática clínica	33,3%	33,3%
Total do Processo		69,5%	58,2%
Grau de Implantação do componente		64,7%	53,8%

Fonte: Elaboração própria

Legenda: Não implantado: (■); implantação incipiente (■); parcialmente implantado:(■); implantado: (■).

4.2.2 Grau de Implantação da Coordenação da Gestão Clínica

O componente ‘coordenação da gestão clínica’ caracterizou-se com o GI de parcialmente implantado para o município de Caruaru (61,5%) e implantação incipiente para o município de Recife (DS VII) (47,8%). Para dimensão estrutura a pontuação percentual foi classificada em parcialmente implantado em ambos os municípios, com 67,5% em Caruaru e 59,6% em Recife (DS VII). Com melhor destaque para os indicadores “Existência de profissionais na APS para atendimento ao portador de DM” e “Existência de profissionais na AE para atendimento ao portador de DM” ambos implantados com 100%. Os indicadores com piores destaques foram “Existência de protocolo entre níveis de atenção para acompanhamento do DM” e “Existência de plano de cuidado compartilhado com AE coordenado pela ESF” ambos com 22,2% (Quadro 7).

Em seu estudo Santos *et al.*¹³³, observaram que a existência de recursos humanos foi caracterizada com GI = 80% e em quantidade suficiente. Esta disponibilidade de profissionais também foi observada por Vieira e Gazinelli¹⁵³, em seu trabalho sobre a integração da APS na RISS em município de pequeno porte do estado de Minas Gerais, Brasil.

Quanto à análise da dimensão processo, verificou-se que a pontuação percentual foi de 57,2% (parcialmente implantado) em Caruaru e 39,5% em Recife (DS VII) (implantação incipiente). Nesta dimensão foi possível observar uma variação entre os municípios para os indicadores “Percentual de profissionais que participam de sessões clínicas/reuniões para facilitar a coordenação da informação entre níveis” e para “Percentual de profissionais da APS que são consultados por profissionais da AE para realizar a gestão do caso” ambos classificados implantados em Caruaru (100%) e com implantação incipiente em Recife (DS VII) (33,3%). Este achado pode reverberar a influência dos resultados da pesquisa Equity LA II, onde a intervenção ‘realização de reuniões conjuntas entre médicos de diferentes níveis assistenciais’ realizada no município de Caruaru fora desenvolvida para sanar os principais problemas locais, promover a integralidade do cuidado, a melhoria da coordenação e da qualidade da atenção na rede de serviços^{154, 155, 156}. Já os indicadores

“Existência de sessões clínicas compartilhadas entre os profissionais da APS e AE” e “Existência de gestão compartilhada dos casos necessários entre NASF/SAD com ESF” apresentaram piores destaques considerados não implantados ambos com 18,2% em Caruaru e 22,2% em Recife (DS VII) (Quadro 7). Embora os profissionais afirmem que participam das sessões clínicas/reuniões, poucos reconhecem a existência de sessões clínicas compartilhadas, talvez por estas reuniões não ocorrerem de forma regular, institucionalizadas e os profissionais não considerarem como um mecanismo de coordenação. Miranda-Mendizábal *et al.*,¹⁵⁷ ao analisar o nível de conhecimento e uso dos mecanismos de coordenação clínica entre níveis de atenção em redes de serviços de saúde de seis países da América Latina, evidenciaram que as dificuldades mais frequentes no manejo clínico foram a falta de tempo para as reuniões conjuntas na Argentina e no Chile, pouca participação dos profissionais no Brasil e falta de periodicidade no Chile.

Corroborando os achados aqui expostos, a frágil organização dos fluxos para atenção à saúde com a transferência inadequada de informação sobre os usuários entre os serviços ou profissionais de saúde na RISS foram também observados por Vieira e Gazinelli¹⁵³; Santos *et al.*¹³³; Santos *et al.*¹⁵²; Sousa *et al.*¹⁵¹.

Estudos ressaltam que para a atuação dos serviços e equipes em rede é necessário o fortalecimento dos dispositivos que favoreçam os encontros, a comunicação e a criação de vínculo entre os trabalhadores^{152, 158, 159, 160}. Assim, a existência de um plano compartilhado entre os níveis assistenciais bem com a presença de troca de informações seja por sessões clínicas ou gestão compartilhada, são fundamentais para a coerência da atenção do portador de DM bem como seu seguimento adequado na RISS. Souza *et al.*¹⁵² consideraram que a troca de informações sobre o paciente entre os diferentes profissionais possibilita a troca de saberes e a ampliação do olhar de todos os envolvidos sobre as necessidades de saúde e possibilidade de intervenção.

Quadro 7: Pontuação (%) da dimensão estrutura e processo por indicador da Coordenação da Gestão Clínica dos municípios de Caruaru e Recife (DS VII), Pernambuco – Brasil, 2017.

COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA			
ESTRUTURA			
CRITÉRIO	INDICADOR	PONTUAÇÃO	
		CARUARU	RECIFE (DS VII)
Coerência da atenção	6-Existência de protocolos/guias de prática clínica compartilhados para os portadores de DM	72,7%	44,4%
	7-Existência de guias de referência para os portadores de DM	72,7%	77,8%
	8-Existência de protocolo entre níveis de atenção p/ acompanhamento do DM	36,4%	22,2%
	9-Existência de plano de cuidado compartilhado com AE coordenado pela ESF	45,5%	22,2%
Seguimento adequado do paciente	10-Existência de um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente entre os níveis de atenção	36,4%	44,4%
Acessibilidade entre níveis	11-Existência de profissionais na APS para atendimento ao portador de DM	100,0%	100,0%
	12-Existência de profissionais na AE para atendimento ao portador de DM	100,0%	100,0%
Total da Estrutura		67,5%	59,6%
PROCESSO			
CRITÉRIO	INDICADOR	PONTUAÇÃO	
		CARUARU	RECIFE (DS VII)
Coerência da atenção	29-Percentual de profissionais que conciliam os distintos tratamentos indicados pelos profissionais dos diferentes níveis assistenciais	100,0%	100,0%
	30-Existência de sessões clínicas compartilhadas entre os profissionais da APS e AE	18,2%	22,2%
	31-Percentual de profissionais que participam de sessões clínicas/reuniões para facilitar a coordenação da informação entre níveis	100,0%	33,3%
	32-Percentual de profissionais da APS que consultam os profissionais da AE para realizar a gestão do caso	33,3%	33,3%
	33-Percentual de profissionais da APS que são consultados por profissionais da AE para realizar a gestão do caso	100,0%	33,3%
	34-Existência de gestão compartilhada dos casos necessários entre NASF/SAD com ESF	18,2%	22,2%
	35-Existência de duplicação de provas diagnósticas, consultas, medicamentos contraindicados, etc. entre níveis assistenciais.	54,5%	33,3%

Seguimento adequado do paciente	36-Frequência de comunicação no momento da transferência desde o nível que transfere ao que vai dar seguimento.	18,2%	22,2%
	37-Existência de consulta de seguimento com o responsável pelo paciente depois da transferência entre níveis	72,7%	55,6%
Total do Processo		57,2%	39,5%
Grau de Implantação do componente		61,5%	47,8%

Fonte: Elaboração própria

Legenda: Não implantado: (■); implantação incipiente (■); parcialmente implantado: (■); implantado: (■)

4.2.3 Grau de Implantação da Coordenação Administrativa

O componente ‘coordenação administrativa’ obteve GI 80,4% (implantada) em Caruaru e 62,4% (parcialmente implantada) em Recife (DS VII). A dimensão estrutura foi classificada como implantada nos dois municípios estudados, representada pelos indicadores “Existência de central de marcação de consultas e exames” e “Existência de fluxos assistenciais entre níveis definidos para o portador de DM” ambos com GI >80% (Quadro 8). No Brasil, estudos demonstram que parte do acesso aos serviços especializados é demandado pela APS por meios de serviços de regulação^{133, 151, 152, 153, 161}.

A dimensão processo foi classificada implantada no município de Caruaru com 75,8% e implantação incipiente para o município de Recife (DS VII) com 48,1%. Destaca-se o indicador “Existência de programação de consulta na APS para pacientes diabéticos quando são contra referenciados pela AE” classificado implantado nos dois municípios com 90,9% em Caruaru e 88,9% em Recife (DS VII). Para o município de Recife (DS VII) o indicador com pior destaque foi “Existência de agendamento de exames complementares para o portador de DM segundo critérios de risco e vulnerabilidade” com GI de 22,2% e em Caruaru com GI 63,6% (Quadro 8).

Vieira e Gazinelli¹⁵³ ressaltaram que apesar de ordenados pela APS, em seu estudo 74% dos profissionais entrevistados alegaram que fatores informais facilitavam os fluxos para serviços especializados. Para estes autores a regulação assistencial deve ser baseada pelas necessidades dos usuários seguindo os riscos e vulnerabilidades sociais e não pela oferta da capacidade instalada.

Sousa *et al.*¹⁵¹ evidenciaram que apesar da existência da central de marcação, a mesma possui pouco impacto na garantia do acesso na transição de níveis assistenciais. Tendo em vista que os profissionais entrevistados em estudo realizado por estes autores referiram dificuldades para referenciar para atendimento de algumas especialidades como neurologia e endocrinologia, considerando o tempo de espera muito longo. Também relatados nos achados de Giovanella *et al.*¹³⁹, onde 80% dos profissionais entrevistados relataram que as

filas de espera para atendimento na AE constituem um o principal problema na integração da RISS. Outro achado de Sousa *et al.*¹⁵¹ diz respeito à ausência de recebimento por parte da APS das informações sobre o tratamento realizado no paciente na AE também evidenciado por Cecílio *et al.*,¹⁶² em estudo sobre o desempenho da APS na coordenação dos serviços oferecidos ao paciente com tuberculose no estado do Paraná, Brasil.

Quadro 8: Pontuação (%) da dimensão estrutura e processo por indicador da Coordenação Administrativa dos municípios de Caruaru e Recife (DS VII), Pernambuco – Brasil, 2017.

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA			
ESTRUTURA			
CRITÉRIO	INDICADOR	PONTUAÇÃO	
		CARUARU	RECIFE (DS VII)
Existência de mecanismos	13-Existência de central de marcação de consultas e exames	81,8%	100,0%
	14-Existência de fluxos assistenciais entre níveis definidos para o portador de DM	100,0%	88,9%
Total da Estrutura		90,9%	94,4%
PROCESSO			
CRITÉRIO	INDICADOR	PONTUAÇÃO	
		CARUARU	RECIFE (DS VII)
Referência administrativa	38-Existência do agendamento de consultas para o portador de DM segundo critérios de risco e vulnerabilidade	72,7%	33,3%
	39-Existência de agendamento de exames complementares para o portador de DM segundo critérios de risco e vulnerabilidade	63,6%	22,2%
Ordenação do acesso	40-Existência de programação de consulta na APS para pacientes diabéticos quando são contra referenciados pela AE	90,9%	88,9%
Total do Processo		75,8%	48,1%
Grau de Implantação do componente		80,4%	62,4%

Fonte: Elaboração própria

Legenda: Não implantado: (■); implantação incipiente (■); parcialmente implantado: (■); implantado: (■)

Considerado o conteúdo acima, a CA na RISS ao portador de DM2 foi classificada como parcialmente implantada nos dois municípios estudados, sendo para o município de Caruaru com GI = 65,3% e no município de Recife (DS VII) com GI = 52,2% (Quadro 9). Para dimensão processo, o município de Recife (DS VII) ficou com GI = 49,7% (implantação incipiente) e vários indicadores foram classificados implantados nos dois municípios a exemplo “Existência de formulário ou ficha para cadastro dos portadores de DM”; “Percentual de profissionais que realizam a referência para os demais níveis assistenciais quando necessário”; “Percentual de profissionais que utilizam protocolo ou ficha para realização de referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção”; “Percentual de profissionais que consultam as informações transferidas”; “Existência de central de marcação de consultas e exames”. Dentro da classificação ‘não implantado’, destaca-se o seguinte indicador para os dois municípios “Existência de prontuário médico eletrônico” com GI = 9,1% em Caruaru e 11,1% em Recife (DS VII).

Quadro 9: Pontuação (%) por dimensão e grau de implantação dos municípios de Caruaru e Recife (DS VII). Pernambuco – Brasil, 2017.

	CARUARU	RECIFE (DS VII)
ESTRUTURA	64,5%	58,0%
PROCESSO	65,6%	49,7%
Grau de Implantação (3 X Estrutura + 7 X Processo) /10	65,3%	52,2%

Fonte: Elaboração própria

Legenda: Não implantado: (■); implantação incipiente (■); parcialmente implantado: (■); implantado: (■)

4.3 Identificação da relação entre os fatores contextuais e o grau de implantação da CA na RISS ao portador de DM2

Os fatores do contexto político organizacional foram analisados no âmbito municipal, de acordo com as variáveis contextuais e suas categorias temáticas. Aqui será identificada a relação entre os fatores contextuais e o grau de implantação da CA na RISS ao portador de

DM2. Assim como resultado geral, o contexto político organizacional contribui à implantação da CA na RISS ao portador de DM2, obtendo mais de 50% dos critérios favoráveis nos dois municípios estudados sendo em síntese observados através do quadro 10 com a análise dos casos quanto à classificação do contexto de implantação da intervenção estudada. Nos quadros 12 e 13 é possível observar os aspectos convergentes e divergentes quanto à análise do contexto político.

Quadro 10: Análise dos casos quanto à classificação do contexto de implantação da CA na RISS ao portador de DM2. Pernambuco - Brasil, 2017.

CATEGORIA	CRITÉRIOS	CLASSIFICAÇÃO CONTEXTO CARUARU	CLASSIFICAÇÃO CONTEXTO RECIFE (DS VII)
Projeto de Governo	Suficiência de recursos para o atendimento do portador de DM e favorecimento da CA na RISS		
	A DM2 considerada uma prioridade política		
	CA na RISS é considerada uma prioridade entre os diferentes níveis assistenciais		
	Existência de mecanismos para CA entre os níveis de atenção na RISS		
	Presença de mecanismos que favoreçam os piores grupos		
	Presença de mecanismos que favoreça o acesso dos portadores e DM2 às ações e serviços de saúde na RISS		
	Existência de ações e serviços de saúde como forma de alcançar a equidade em saúde na RISS		
% Critérios favoráveis da categoria Projeto de Governo		85%	57%
Capacidade de Governo	Formação na área de saúde pública		
	Experiência Profissional (tempo de gestão)		
	Experiência anterior em gestão		
	Conhecimento sobre a RISS		
	Percepção sobre o papel da APS na RISS		
	Percepção sobre o papel da AE na RISS		
	Percepção do gestor sobre a CA		
Existência de ações planejadas em articulação com outros setores para promover a CA na RISS			
% Critérios favoráveis da categoria Capacidade de Governo		100%	62%
Governabilidade	Presença de integração dos profissionais		

	e gestores no favorecimento da CA na RISS		
	Percepção da relação da gestão com a APS e/ou AE		
	Contribuição da gestão para realização da CA na RISS		
	Presença de investimento para melhoria da atenção ao DM2 na RISS em RH, financeiros e materiais		
	Inclusão na agenda política		
% Critérios favoráveis da categoria Governabilidade		100%	60%
Classificação final do Contexto		95%	60%

Fonte: Elaboração própria

Legenda: (■) Desfavorável / (-); (■) Favorável / (+)

4.3.1 Projeto de Governo para implantação da CA na RISS ao portador de DM2

A categoria Projeto de Governo foi classificada favorável à implantação da CA na RISS ao portador de DM2 com 85% dos critérios favoráveis no município de Caruaru e 57% dos critérios favoráveis para o município de Recife (DS VII) (Quadro 10). Chamou atenção o critério “suficiência de recursos para o atendimento do portador de DM e favorecimento da CA na RISS” classificado como desfavorável nos dois municípios estudados (Quadro 10).

Suficiência de recursos para o atendimento do portador de DM e favorecimento da CA na RISS

Critério desfavorável à implantação nos dois municípios estudados. Foi evidenciada a falta de profissionais para AE o que influencia diretamente no atendimento e continuidade de tratamento do portador ao DM como também na disponibilidade dos profissionais existentes na AE em contribuir para implantação da CA na RISS: “(...) *a gente tem uma escassez de profissionais especializados ainda né, de médicos, de especialistas. (GES1)*”. “(...) *a gente não tem capacidade instalada suficiente para atender, a necessidade dos pacientes (...) (GAE1)*”. “(...) *existem algumas fragilidades para alguns profissionais, alguns especialistas (...) a questão da estrutura física, ela pesa, a questão de falta de recursos humanos mesmo, isso pesa (...) (GAB2)*”.

A DM2 considerada uma prioridade política

Critério favorável nos dois municípios estudados. A DM2 foi considerada problema de saúde pública com ações e serviços destinados aos portadores desta doença: “(...) *a questão do diabetes. Pacientes que tem complicação. Ele é avaliado e é priorizado dentro do sistema, porque ele tem uma avaliação tanto do profissional que está encaminhando, de colocar melhor né, o diagnóstico, os sintomas, todo o quadro do paciente. E uma sensibilidade do médico regulador para dar o encaminhamento mais rapidamente a esse paciente dentro do sistema (GES1)*.” “(...) *a gente vem fazendo esse movimento de, orientação, de resgate, de busca ativa, resgatando os grupos, fortalecendo a política de doenças crônicas não transmissíveis, emponderando os profissionais, emponderando os*

usuários, pra que eles saibam e reconheçam o que é a diabetes, tenham conhecimento do, qual é o seu papel quanto usuário, quanto paciente, quanto pessoa adoecido ou não, o que é que ele tem que fazer (...) a gente vem trabalhando as famílias, a gente vem trabalhando a questão de diabetes nas escolas (GAB2)”.

CA na RISS é considerada uma prioridade entre os diferentes níveis assistenciais

Este critério foi favorável para o município de Caruaru, de modo que a existência da CA na RISS foi percebida e relatada pela maioria dos entrevistados. Já para o município de Recife (DS VII), este critério foi desfavorável: *"E, eu acho que aqui sim, houve um empenho da gestão em fortalecer atenção primária e cada vez mais estreitar esse diálogo com a atenção especializada (...) (GAB1)". "Então a gente conseguiu uma integração maior entre os médicos da especializada com os médicos da atenção básica, a partir da implantação da NOA e desse processo de educação permanente (...) (GAE1)". "(...) aí a unidade que tem sistema, ela mesmo responde com o profissional lá. E as que não têm sistema, a gente (...) vai pessoalmente falar com o médico dentista ou com a gerente, para ela passar para o médico (GAE2)". "(...), mas ele está dentro do nosso território, isso é muito fácil a gente monitorar, mas quando esse paciente vai para além, vai para outro, vai para um hospital, a gente não tem esse contato (GAB2)". "(...) para o gestor, a gente sabe que, o serviço só vai andar, se ele conseguir fortalecer os vínculos dessa rede, precisa e uma rede né, principalmente para esses agravos que a gente está conversando (GAB3)".*

Existência de mecanismos para CA entre os níveis de atenção na RISS

A presença de mecanismos para a CA na RISS foi identificada nos relatos para os dois municípios, tornando este critério favorável: *"O instrumento principal que a gente criou é a Norma Operacional de Acesso. Ela é uma norma em que a gente definiu protocolos, construído com os trabalhadores, né, do que encaminhar e como encaminhar das unidades básicas para a atenção especializada (...) todas as unidades têm telefone e tem na central de regulação (...) têm computador, só que a gente não tem ainda prontuário eletrônico, a gente não tem internet em todas as unidades (GES1)". "Acho que o apoio integrado foi*

uma ferramenta muito importante nesse diálogo da atenção básica com a atenção especializada por meio de dos apoiadores institucionais (...) (GAB1)". "(...) uma outra forma que a gente tem trabalhado (...) que a gente tem apostado muito é na tele-consultoria. Que é muito interessante (...) aí muitas vezes esse médico fala com agenda né, e aí os dois se falam por telefone, discutem o caso e muitas vezes o médico da atenção básica consegue dar resolutividade a um paciente que teoricamente iria ao especialista para fazer essa avaliação e voltaria com a recomendação para que ele mantivesse o encaminhamento (GES2) ". "A gente também faz uso do dispositivo de ferramenta do Whatsapp, que a médica também da referência participa, então quando algum profissional tem alguma dúvida ela vai ali também dando o apoio matriarcal ali naquele processo, pelo Whatsapp(...) (GAB3)".

Presença de mecanismos que favoreçam os piores grupos

A presença de mecanismos que favoreçam os piores grupos no atendimento na RISS também foi relatada pela maioria dos entrevistados nos dois municípios estudados classificando este critério como favorável. Percebeu-se também que os mecanismos relatados neste critério não diferiram dos mecanismos existentes para favorecer a CA na RISS: *"A própria NOA (...) uma vez que existem prioridades que são contempladas, justamente essas situações né, sejam clínicas, sejam situações por lei (...) os usuários já têm diferença, ou seja, um idoso, uma gestante, as pessoas com deficiência já são consideradas como prioridades, existe a prioridade A e a prioridade B (...) no acesso mais rápido para a consulta e os exames (GAB1)". "Hoje, depois da implantação da NOA e da educação permanente para os médicos da atenção básica principalmente, o médico ele tem uma, uma linha de atenção diferenciada, para todos os pacientes e principalmente para aqueles que mais precisam né, essas doenças crônicas inclusive elas têm prioridade no atendimento né (...) (GAE1) ". "(...) eu consigo visualizar que as estratégias são inúmeras né, o próprio, a saúde da família né, estratégia saúde da família, ela vem com os grupos de Hiperdia(...) eles vêm com a intenção de promover antes do adoecimento, promover a saúde, fortalecer esses grupos, levando informação, emponderando a população (...) fazer a escuta, isso é tratar com equidade, isso é ver que ele é diabético igual aos outros, mas na*

escuta, a história dele, fazendo a escuta qualificada é diferente, a necessidade dele é outra (GAB2)”. “(...) nosso território é território bem vulnerável. Então, a minha primeira coisa quando eu chego é escutar a necessidade de cada paciente e eu vê de acordo com dos dispositivos que eu tenho de saúde, como é que eu posso ofertar os serviços que ele está precisando (GAB3) ”.

Presença de mecanismos que favoreça o acesso dos portadores de DM2 às ações e serviços de saúde na RISS

Este critério também foi favorável nos dois municípios estudados. A presença de mecanismos para favorecer o acesso dos portadores de DM2 às ações e serviços de saúde na RISS teve semelhança aos relatados em favorecer os piores grupos. De modo que esta condição para os entrevistados já é um indicador de vulnerabilidade frente à população que depende da assistência SUS: *“(...) cabe a essa regulação garantir o acesso da atenção básica, né, à rede secundária e terciária. Então esses profissionais, a partir desses instrumentos, não é, eles viabilizam o acesso aos pacientes da atenção básica (...) quando nós assumimos, nós tínhamos 23 tipos de saúde da família completos, né? Com equipe multidisciplinar. Hoje nós estamos deixando 69 equipes completas (...) então hoje a gente tem essas unidades com equipes capacitadas para atender diabetes (GES1) ”. “(...) a linha de cuidado, como todas as outras, ela parte a partir da atenção primária, na prevenção, diagnóstico precoce e também tratamento. Quando há uma maior complexidade, o usuário é referenciado para os especialistas ou os exames especializados (...) (GAB2)”. “Teve a expansão da atenção básica né, da estratégia saúde da família, hoje a gente cobre mais de 60% da cidade, mais de 70% na verdade, com estratégia de saúde da família. E nessa cobertura, a atenção básica ela ordena esse cuidado para as pessoas que tem diabetes (...) (GAE1) ”. “ (...) a gente neste momento (...) está com uma parceria, em que a gente está elaborando o protocolo de hipertensão e de diabetes e de saúde da mulher, para o município né (...) (GES2) ”. “(...) é por isso que existem vários grupos de conscientização né e que ele aprenda a conviver com diabetes (...) o ACS faz a entrevista da pessoa, quantas pessoas tem na casa, quem é hipertenso, quem é diabético e vai anotando numa ficha A, que eles têm a ficha de cadastro (...) (GAE2) ”.*

Existência de ações e serviços de saúde como forma de alcançar a equidade em saúde na RISS

Foi possível observar que este critério foi favorável no município de Caruaru e desfavorável no município de Recife (DS VII). A percepção de que equidade é “tratar os desiguais de forma desigual” foi evidenciada na maioria dos discursos. Em Recife (DS VII), mesmo diante dos mecanismos presentes na RISS relatados pelos entrevistados, a vulnerabilidade não interfere na oferta de serviços da RISS: *“(...) então, além da questão multidisciplinar que foi criada, né, intersetorial, também o olhar especial para quem mais precisava né. Essa identificação foi uma preocupação e é constante da equipe (...) a gente prioriza pelo perfil, pela gravidade, né, os pacientes (GES1) ”. “(...) essa questão dos critérios da NOA, eu acho que isso é uma efetivação assim do princípio de equidade né, porque quando você prioriza pelo estado individual de cada um, você está desenvolvendo a equidade né... você está tratando diferente as pessoas que precisam de uma necessidade, tem uma necessidade diferente das outras, de acordo com cada um né (...) (GAE1) ”. “(...) porque quando se montou a rede da estratégia de saúde da família, se considerou e aí é uma coisa histórica que vem desde o começo do programa, de que, os locais iniciais seriam aqueles de maior vulnerabilidade social. Então teoricamente você tem hoje as equipes de saúde da família instaladas exatamente nos bairros e nas populações mais desfavorecidas né. Então desta forma você acaba sim atingindo uma população que ela é mais vulnerável em vários aspectos né (...) (GES2)”. “(...) porque quando eles fazem a divisão lá em cima, eles não usam o princípio da equidade, eles usam a igualdade, todos os distritos são iguais. O princípio do SUS ele é ótimo, se for usado todos de acordo com cada distrito, mas quando chega na divisão, a igualdade é soberana, se são três distritos, são três transportes para cada distrito, são três, mesmo que seu distrito só tenha três unidades e o meu tenha vinte e quatro (GAB2) “. “(...) equidade é a gente tratar os iguais de forma igual e os desiguais de forma, vamos dizer desigual no sentido de que cada pessoa, cada usuário que a gente tem aqui ele tem uma necessidade diferente. Nosso território é território bem vulnerável (...) (GAB3) ”. “Eu acho que a equidade é direcionar todos os*

esforços pra determinado grupo mais vulnerável, acho que a equidade é isso (...). Não existe (GAE2)”.

4.3.2 Capacidade de Governo para implantação da CA na RISS ao portador de DM2

Esta categoria de análise foi classificada favorável nos dois municípios estudados, com 100% dos critérios favoráveis no município de Caruaru e 62% dos critérios favoráveis para o município de Recife (DS VII) (Quadro 10). Dentro os critérios desfavoráveis à implantação da intervenção no município de Recife (DS VII), destacamos: “Percepção sobre o papel da APS na RISS”, “Percepção do gestor sobre a CA” e “Existência de ações planejadas em articulação com outros setores para promover a CA na RISS” (Quadro 10).

Formação em Saúde Pública

Este critério foi favorável para ambos os municípios estudados. Todos os entrevistados possuíam formação acadêmica na área de saúde com especializações no campo da saúde pública. Chamou atenção que de todos os entrevistados apenas um sinalizou ter pós-graduação *stricto sensu*: “*Sim (...) odontóloga (...) com especialização em Saúde Pública (GAE1)*”. “*Sim (...) fisioterapia (...) mestrado em Saúde Pública (GAB3)*”. “*Sim (...) enfermeira (...) especialização em Saúde Pública (GAE2)*”.

Experiência Profissional (tempo de gestão)

O tempo de gestão dos profissionais entrevistados também foi favorável para ambos os municípios. Observou-se que os entrevistados do município de Caruaru tiveram um tempo maior de experiência em saúde pública: “*(...) quatro anos (...) trinta e dois em saúde pública (...) (GES1)*”. “*(...) quatro anos (...) vinte e nove anos em saúde pública (...) (GAE1)*”. “*(...) quatro anos (...) quinze anos em saúde pública (...) (GAE2)*”.

Experiência anterior em gestão

A experiência anterior em gestão também foi favorável nos dois municípios, como seguem os relatos: “*(...) eu fui secretária de saúde duas vezes (...) (GES1)*”. “*(...) durante uma*

época eu fui coordenador de saúde bucal, durante uma época eu fui coordenador do centro de referência à saúde do trabalhador (...) (GAB1)”. “(...) as experiências que eu já tive assim (...) foi a coordenação de saúde bucal, que eu passei dez anos, eu passei cinco anos também na coordenação do SAMU (GAE1)”. “(...) teve a coordenação da epidemiologia (GAE2)”.

Conhecimento sobre a RISS

Quanto ao conhecimento sobre a RISS os profissionais entrevistados reconheceram serviços e equipamentos disponíveis ao atendimento do portador de DM2, tornando assim este critério favorável: *“(...) então o paciente, quando ele chega numa unidade ele é avaliado, ele é acompanhado. E quando ele precisa ou de um exame especializado, ou de uma consulta médica especializada, é preenchido um formulário e esse formulário ele é encaminhado para a Central de Regulação. Essa Central de Regulação tem médicos reguladores que discutem que avaliam com os profissionais a necessidade desse apoio diagnóstico ou desse encaminhamento (...) a gente tem uma parte da rede que é a rede de atenção básica e alguns equipamentos de média complexidade que estão sob gestão municipal. E a gente tem equipamentos de maior complexidade (...) (GES1)”. “(...) e nessa cobertura, a atenção básica ela ordena esse cuidado para as pessoas que tem diabetes inclusive né (...) com essa assistência na área de residência e dando todo encaminhamento que a pessoa precise na rede de saúde do município. Em relação à rede especializada a gente tem hoje uma integração por meio de do sistema de regulação, que foi implantado aqui, a gente tem uma norma operacional de acesso que é a NOA e essa norma operacional ela dá uma, garantia de acesso às pessoas (...) (GAE1)”. “(...) a gente tem o centro de referência, que é o Ermírio de Moraes, que lá atende hipertensos e diabéticos e, a maioria dos pacientes, eles geralmente são encaminhados para lá, sendo que na atenção básica já tem os grupos, de hiperdia que são com hipertensos e diabéticos, eles trabalham realmente na parte de prevenção e do controle da doença, mas quando você precisa de um algo a mais, a gente tem o Ermírio. E lógico tem, as redes secundárias e terciárias (...) (GAB3)”.*

Percepção sobre o papel da APS na RISS

A percepção da APS como ordenadora do cuidado na RISS foi evidenciada na maioria dos entrevistados do município de Caruaru, tornando este critério favorável. Contudo, no município de Recife (DS VII) os entrevistados trouxeram a percepção da APS como porta de entrada do sistema de saúde devendo atuar na promoção em saúde e prevenção de agravos: *“(...) a atenção básica ela seja coordenadora de cuidado (...) e de fato ela é, (...) cabe à atenção primária, de acompanhar né, quando ela encaminha esse usuário, quando esse usuário retorna, dá sequência ao tratamento, contrarreferenciar, se ele vai para um outro município também, acompanhar esse retorno, normalmente é a atenção básica, ela cumpre esse papel (...) (GAB1)”*. *“(...) a atenção básica ela ordena esse cuidado para as pessoas que tem diabetes inclusive né (...) (GAE1)”*. *“(...) então eu acho que a gente trabalhando ali a prevenção e atenção básica ela está ali para isso (...) é a porta de entrada com certeza, deveria ser sempre a unidade de saúde da família e, lá, porque os profissionais que tão lá eles têm capacidade sim de solucionar a grande maioria dos problemas (GAB3)”*. *“(...) eu acho que é a prevenção. É a educação né, acho que a educação do paciente, dele se manter consciente do tratamento que ele tem que fazer, que ele tem que estar consciente. É por isso que existem vários grupos de conscientização né e que ele aprenda a conviver com diabetes(...) (GAE2)”*.

Percepção sobre o papel da AE na RISS

Este critério foi favorável para ambos os municípios estudados. A percepção da AE na continuidade da atenção ao portador de DM2 foi percebida pela maioria dos entrevistados: *“O papel da atenção especializada é garantir né, esses serviços de maior complexidade (...) as necessidades da rede né, porque nem... apesar da atenção primária resolver né, a maior parte das situações, mas existem sempre situações de maior complexidade, que precisa de equipamentos de maiores complexidades e exames também, aí a atenção especializada ela entra como esse suporte né, desse serviço e dessas ações (GAB1)”*. *“(...) eu acho que é garantir o cuidado mesmo integral de todas as necessidades que o paciente precise né, na rede do SUS para ter uma assistência de qualidade. Então eu acho que a*

atenção especializada ela é fundamental, a gente sabe que não são todas as pessoas que, vão precisar né, dos exames e das consultas especializadas, mas na hora que precisar, vai ter que ser garantido né, esse cuidado integral (...) (GAE1)”. “(...) e sim a gente precisa de uma atenção, de uma rede especializada pra aqueles casos mais graves (...) um paciente diabético a gente sabe que ele pode desenvolver uma neuropatia diabética, que ele tem um pé diabético, então ele precisa sim de uma rede especializada, ele precisa de uma fisioterapia (...) e aí, essa rede especializada que eu estou dizendo que precisa ser exposta, precisa estar bem amarrada e que o profissional da atenção básica saiba que ele tem uma rede e que ele pode contar e pra onde encaminhar (GAB3)”.

Percepção do gestor sobre a CA

Nos dois municípios a CA foi considerada essencial à continuação do cuidado do paciente de DM2 na RISS. Para o município de Caruaru este critério foi favorável, os entrevistados relataram mecanismos e ações como experiências vividas com a CA na prestação de serviços à saúde deste município. Contudo, para o município de Recife (DS VII) este critério foi considerado desfavorável tendo em vista que os entrevistados evidenciaram que a falta de CA vivida pelos profissionais da RISS deste município sendo problema a ser enfrentado na CA ao portador de DM2: *“(...) atenção especializada, eu acho que com essa articulação a gente tem um avanço muito grande, porque era completamente desarticulado. Completamente desarticulada. Não havia uma conversa entre a atenção básica e a atenção especializada. Hoje, dentro da rede municipal, essa conversa ela já existe(...) central de Regulação tem médicos reguladores que discutem, que avaliam com os profissionais a necessidade desse apoio diagnóstico ou desse encaminhamento (...) e uma coisa mais importante é que além de ter sido construído em conjunto pela equipe, a equipe médica e enfermagem também, ela vem a cada quinze dias discutir (...) fazendo educação permanente, discutindo casos (GES1)”. “(...) a partir da implantação da NOA e da educação permanente integrada com a atenção básica e atenção especializada, durante esse ano todo houve vários encontros (...) acho que o apoio integrado foi uma ferramenta muito importante desse diálogo da atenção básica com a atenção especializada por meio de dos apoiadores institucionais. E eu acho que aqui sim, houve um empenho da gestão em*

fortalecer a atenção primária e cada vez mais estreitar esse diálogo com a atenção especializada (...) (GAB1)”. “(...) então, muitas vezes o pensamento da alta complexidade não conversa com a proposta e a filosofia da atenção básica (...) entendo que o objetivo é que a gente consiga saber a informação daquele usuário como um todo. Então, você não conseguir saber o que acontece com o usuário em outros níveis de atenção, eu acho que isso é um problema (...) (GES2)”. “(...) essa atenção secundária, a especializada que a gente está falando, essa falta de comunicação eu acho que é o primeiro gargalo e o que a gente percebe (...) (GAB2)”. “(...) eu não costumo vê isso na gestão...não consigo ver essa ligação tão forte não da rede, das outras redes especializadas para a atenção primária não (GAB3)”.

Existência de ações planejadas em articulação com outros setores para promover a CA na RISS

Quanto ao planejamento das ações envolvendo mais de um setor visando a promoção da CA na RISS, para o município de Caruaru, o contexto deste critério foi considerado favorável enquanto que para o município de Recife (DS VII) foi desfavorável visto que o envolvimento com outros setores para ações que favorecem a CA na RISS foi apontado apenas por um entrevistado para o fomento de protocolo municipal: *(...) a gente fez esses encontros de educação permanente, houve até uma fala dos especialistas nisso, de que eles estavam sendo vistos hoje como parte integrante da rede, e aí isso facilitou, nessa mudança, dessa boa parte que mudou, eu acho que esses encontros facilitaram isso (...) existe assim uma integração muito boa com o pessoal da UFPE, na faculdade de medicina. E aí todas essas pessoas que trabalham nesses encontros, eles têm uma ligação com a universidade e trabalham uma metodologia da universidade, para fazer essa educação permanente (...) com a participação do endócrino e do cardio, a gente teve uma, uma ajuda boa para os profissionais da atenção básica tirarem dúvidas diretamente com esses especialistas (...) (GAE1) ”. “(...) a gente realiza um evento na semana santa que é Lava Pés. A intenção desse evento foi chamar a atenção para a questão do pé diabético. (...) antes disso tem toda uma preparação para que o evento ocorra. (...) a equipe visita todas as igrejas, sensibiliza pastores, padres, né, para numa vinculação com a história do lava*

pés da igreja né, chame atenção para o evento e no evento as pessoas são orientadas para a questão de olhar para os pés dos diabéticos (...) (GES1) ”. “(...)a gente está fazendo isso junto com o Sírio, é um convênio que foi feito com o Sírio e, nós temos um grupo aí de profissionais da gestão, da assistência farmacêutica, do laboratório, da equipe de saúde da família, médico especialista de endocrinologia, de vascular, que estão pegando o protocolo do ministério, pegando a proposta de outros protocolos e construindo o protocolo do município em cima daquilo que é a realidade municipal (...) a gente também junto com o CONASEMS, a gente também teve uma proposta de trabalhar junto com a Unicamp, de fazer um trabalho (...) que é um trabalho de sensibilização da rede, capacitação da rede pra fazer esse acompanhamento e fazer essa contrarreferência né (...) (GES2) ”.

4.3.3 Governabilidade para implantação da CA na RISS ao portador de DM2

A categoria governabilidade também obteve classificação favorável para implantação da CA na RISS ao portador de DM, com 100% dos critérios favoráveis no município de Caruaru e 60% dos critérios favoráveis para o município de Recife (DS VII) (Quadro 10). Ressaltando-se dois critérios desfavoráveis, a saber: “Contribuição da gestão para realização da CA na RISS” e “Presença de investimento para melhoria da atenção ao DM2 na RISS em RH, financeiros e materiais” (Quadro 10).

Presença de integração dos profissionais e gestores no favorecimento da CA na RISS

Este critério foi favorável em ambos os municípios estudados considerando a presença do compartilhamento de informações entre distintos profissionais da RISS para o provimento da atenção em saúde ao portador de DM2. Convém ressaltar que para o município de Recife (DS VII) esta comunicação foi relatada mais fortemente entre os profissionais da APS: “(...) a especializada participou desse primeiro momento na implantação da NOA e depois foi separado os especialistas que estavam no cuidado do diabetes, para participar dos momentos de educação permanente (...) (GAE1)”. “(...) é um movimento legal, é uma estratégia legal, juntar esses dois, esses dois profissionais ou essa coordenação, fazer essa fala, para estreitar e para melhorar, porque realmente a gente não tem a devolutiva e, é

isso. Eu acho que realmente, hoje eu não sei te dizer se existe, mas eu nunca vivenciei esse momento de estar junto, eu nunca vivenciei nesse tempo que eu estou (GAB2)”. “(...)...dos gestores estarem sempre se colocando à disposição, de várias ferramentas, lógico Whatsapp acaba sendo a mais rápida, e acho que todos aqui têm muito acesso então a gente tem alguns grupos que a gente, conversa, esclarece ali (...) (GAB3)”. “(...) o NASF que é um conjunto de profissionais né, ele tem psicólogo, assistente social, fisioterapeuta (...) tem mais profissionais também, basicamente são esses, e aí um grupo, eles cobrem determinada área de PSFs, de programa saúde da família aí quando existe um problema desse, digamos, se eles quiserem fazer um matriciamento, aí eles podem chamar alguém do nível central também (...) (GAE2)”.

Percepção da relação da gestão com a APS e/ou AE

Entrevistados reconhecem a dedicação e interesse da gestão municipal para favorecer a integração dos profissionais da APS e/ou AE, tornando assim este critério favorável em ambos os municípios estudados: “(...) assim, foram duas metas principais nessa gestão...tiveram uma preocupação muito grande em tentar ordenar linhas de cuidado né (...) e assim, a gente tem alguns especialistas que eles são muito dedicados, eles são muito preocupados, eles fazem realmente a diferença, sabe (...)a gente conseguiu dar uma mexida, pelo menos, alguns que eram totalmente insensíveis a essa preocupação, de ter o cuidado do paciente como o objetivo principal do profissional de saúde, que eu acho que é o cuidado ao paciente, é tratar as pessoas com a atenção que elas merecem né (...) (GAE1)”. “(...) a comunicação entre a atenção básica, entre a gestão e a atenção básica essa comunicação é muito, muito fácil, é muito saudável, é contínua, é constante, a gente tem um diálogo muito próximo com a gestão, de nível municipal, a gestão maior (...) (GAB2)”. “(...) a gestão do distrito, eu acho que ele é o elo, entre a atenção, primária e a rede especializada (...) a gestão ela está aí para isso. Pra, tanto buscar essa rede, fortalecer esses vínculos (...) eu noto que a gestão desse distrito, ela tem essa preocupação muito grande nisso, de estar próximo desses profissionais (...) (GAB3)”.

Contribuição da gestão para realização da CA na RISS

Considerando a criação de mecanismos e o apoio frente às ações que favorecem a implantação da CA na RISS, este critério foi favorável no município de Caruaru e desfavorável no município de Recife (DS VII): *“(...) o instrumento principal que a gente criou é a Norma Operacional de Acesso. Ela é uma norma em que a gente definiu protocolos, construído com os trabalhadores (...) do que encaminhar e como encaminhar das unidades básicas para a atenção especializada (GES1)”. “(...) então a gente conseguiu uma integração maior entre os médicos da especializada com os médicos da atenção básica, a partir da implantação da NOA e desse processo de educação permanente (...) (GAE1)”. “ (...) Como eu te disse, já com a especializada existe uma fragilidade, a gente não consegue esse contato mais próximo (...) (GAB2)”.*

Presença de investimento para melhoria da atenção ao DM2 na RISS em RH, financeiros e materiais

Este critério foi considerado favorável para o município de Caruaru e desfavorável no município de Recife (DS VII): *“(...) quando nós assumimos, nós tínhamos vinte e três tipos de saúde da família completos, né? Com equipe multidisciplinar. Hoje nós estamos deixando sessenta e nove equipes completas (...) também a gente criou, e aí foi mais complicado, a educação permanente para os médicos da atenção especializada (...) a gente abria mão de um ambulatório para ter essa discussão (...) (GES1)”. “ (...)”Em relação a rede especializada a gente tem hoje uma integração por meio de do sistema de regulação, que foi implantado aqui, a gente tem uma norma operacional de acesso que é a NOA e essa norma operacional ela dá uma, garantia de acesso as pessoas (...) a gente tem apoiador institucional na atenção básica (...) e começou também a ter um treinamento sobre apoio institucional, que era uma experiência que o ministério já sinalizava, que dava certo em outros lugares, mas a gente nunca tinha experimentado aqui (...)e, posteriormente a gente criou o apoio institucional do DAE, que é o departamento de atenção especializada, que também era uma experiência diferente, que não tinha em lugar nenhum, que na atenção básica já tinha né, mas na especializada não (...) (GAE1)”. “(...) para diabetes, eu não*

acho que existe tanto, mas para outros agravos sim. Eu consigo visualizar isso em outros agravos. Para diabetes, como eu disse, eu vejo mais centrado na atenção básica mesmo (...) (GAB3)”. “(...) se eu tenho um recurso financeiro, que é muito reduzido agora né, está uma crise muito grande, mas digamos se eu tenho um recurso financeiro para todos os distritos, não deveria ser igual (...) tem gestão que precisa ver isso, então isso aí é uma sugestão né, que eu observo muito isso. Também muitas coisas têm que vim de cima sabe (...) (GAE2)”.

Inclusão na agenda política

Este critério foi favorável nos dois municípios estudados, contudo foi percebido para o município de Recife (DS VII) ações incipientes para favorecimento da CA na RISS ao portador de DM2 quanto à articulação e envolvimento de diferentes profissionais para construção de protocolo de acesso ao portador da DM2 na RISS: “ (...) os mais necessitados estão inseridos na agenda política (...) o paciente de Caruaru quando ele chega a precisar de uma atenção de maior complexidade (...) ele não vai para uma ressonância magnética, certo, sem ter sido discutido, sem ter sido avaliado a necessidade de realizar. É diferente do que acontece em outros municípios (...) (GES1) ”. “ (...) e aí ela decidiu que, iria mudar o modelo para que a atenção básica fosse realmente ordenadora do cuidado. Então eu acho que isso parte muito da decisão do gestor né, a decisão do que é que ele quer e assim, do que é mais favorável para a comunidade né, para a população. Então a partir dessa decisão, foram sendo criado os mecanismos, para fazer com que a atenção básica realmente fosse expandida, as pessoas tivessem acesso, ela fosse a ordenadora do cuidado e tivesse a garantia da atenção especializada para esse cuidado ser integral, para as pessoas (...) Então, eu acho que nessa gestão, o que fez a diferença foi, apostar na expansão do estratégia de saúde da família pra ela ser a ordenadora do cuidado e, investir em estratégias que pudessem fazer com que essa atenção ela realmente tivesse essa resolutividade e pudesse ordenar, o cuidado (...) (GAE1)”. “ (...) eu entendo que a gente tem uma rede, tem uma linha de cuidado proposta, mas que falta, primeiro, você ter o uso predeterminado de protocolo e isso é uma questão pra gente, é uma coisa que a gente vem trabalhando muito nessa gestão, por exemplo, que é a questão de formatar um protocolo,

trabalhar esse protocolo com as equipes pra que qualquer profissional da rede tenha a mesma forma de, avaliar, de conduzir e de acompanhar esses usuários, independentemente de onde ele more e de, pra que a equipe de saúde ele esteja vinculado (...) (GES2) ”.

No quadro 11 são apresentados tanto os aspectos favoráveis como os desfavoráveis à implantação da CA na RISS ao portador de DM2, que foram convergentes nos dois casos selecionados.

Quadro 11: Aspectos convergentes dos casos quanto à análise do contexto político organizacional. Pernambuco – Brasil, 2017.

FAVORÁVEIS	DESFAVORÁVEIS
Perfil dos gestores	Falta de especialistas na AE
Percepção da DM2 como prioridade política	Presença de fila de espera para acesso à alguns serviços da AE
Presença de linha de cuidado para o portador de DM	Ausência de Contrarreferência
Relação da gestão com os profissionais da RISS	
Conhecimento da RISS ao portador de DM2	
Percepção dos gestores sobre equidade na RISS	
Presença de comunicação entre diferentes profissionais	
Cobertura da APS	
Presença de Regulação na RISS	

Fonte: Elaboração própria

Os aspectos divergentes entre os casos, tanto os favoráveis como os desfavoráveis, são apresentados no Quadro 12. O município de Caruaru destaca-se nas iniciativas de articulação entre os profissionais da RISS. Com aspectos mais favoráveis como a presença de campanha específica voltada para os portadores de DM2 envolvendo demais setores; presença de protocolos municipais para regulação do acesso aos portadores de DM2 na RISS construído com a o envolvimento dos profissionais diante da necessidade local. No município de Recife (DS VII) destaca-se como aspecto favorável a presença de coordenação específica para DCNT.

Quadro 12: Aspectos divergentes dos casos quanto à análise do contexto político organizacional. Pernambuco – Brasil, 2017.

CLASSIFICAÇÃO DO CONTEXTO	MUNICÍPIO DE CARUARU	MUNICÍPIO DE RECIFE (DS VII)
Favoráveis	Campanha “lava pés” busca ativa envolvendo outros setores	Presença de coordenação específica para DCNT
	Presença da Norma Operacional de Acesso (Protocolos Municipais)	
	Envolvimento de diferentes profissionais na construção de mecanismos para favorecer a CA na RISS	
	Percepção dos gestores quanto à ordenação do cuidado por parte da APS	
	Presença de encontros entre os diferentes profissionais para promover a CA na RISS	
Desfavoráveis	Perfil do profissional da AE	Ausência de protocolos municipais para favorecer a implantação da CA na RISS
	Distância das zonas rurais para acesso aos serviços da RISS	

Fonte: Elaboração própria

Análise da influência do contexto político organizacional sobre grau de implantação

A CA na RISS ao portador de DM2 obteve o GI parcialmente implantado em ambos os casos. Observando os componentes foi percebido: Coordenação da Informação (64,7% - Caruaru e 53,8% - Recife/DS VII); Coordenação da Gestão Clínica (61,5% - Caruaru e 47,8% em Recife/DS VII) e Coordenação Administrativa (80,4% - Caruaru e 62,4% - Recife/ DS VII). Apenas a dimensão processo do componente Coordenação da Gestão Clínica no município de Recife (DS VII) obteve GI incipiente.

No município de Caruaru, 95% dos critérios do contexto político organizacional contribuíram positivamente para implantação da CA na RISS ao portador de DM2. Contudo, a influência maior na implantação foi observada para os indicadores com GI implantados como a existência de cadastro, protocolos e presença de encaminhamento do portador de DM2 para outros níveis (Coordenação da Informação); existência de profissionais na APS para atendimento do portador de DM2, participação dos profissionais em reuniões para facilitar a CA na RISS, presença de comunicação entre os profissionais da APS e AE (Gestão Clínica); existência de regulação, fluxos assistenciais e de programação

de consulta na APS para pacientes diabéticos quando são contra referenciados pela AE (Coordenação Administrativa).

Para o município de Recife (DS VII), 60% dos critérios do contexto político organizacional contribuíram positivamente para implantação da CA na RISS ao portador de DM2. Observando sua maior influência para os indicadores com GI implantados como: como a existência de cadastro protocolos e presença de encaminhamento do portador de DM2 para outros níveis (Coordenação da Informação); existência de guias de referência para os portadores de DM; conciliação dos distintos tratamentos indicados pelos profissionais dos diferentes níveis assistenciais (Gestão Clínica) existência de regulação, fluxos assistenciais e de programação de consulta na APS para pacientes diabéticos quando são contra referenciados pela AE (Coordenação Administrativa).

Em ambos os casos, a maioria dos gestores entrevistados possuíam formação em saúde pública com experiência de mais de um ano nas respectivas funções o que pode ter influenciado no estabelecimento de prioridades e planejamento das ações bem como contribuído para o estabelecimento de prioridades pela Governança. A existência de fluxos assistenciais entre níveis para o portador de DM com presença de comunicação entre os profissionais para condução dos casos pode ter sido influenciada positivamente pelo fato da DM ter sido considerada como um problema de saúde pública nos dois municípios estudados. Outro fator importante observado foi quanto à influência da implantação da CA na RISS ao portador de DM2 foi à existência de protocolos de acesso às consultas com especialistas da AE e presença de centrais informatizadas de regulação. Quanto ao acesso, é importante ressaltar que apesar da existência dos protocolos os indicadores relacionados à estratificação de risco e vulnerabilidade dos portadores de DM obtivera GI incipiente influenciando negativamente na implantação da CA na RISS ao portador de DM.

Para Santos *et al.*¹⁵² a regulação assistencial deve ser baseada nas necessidades dos usuários segundo riscos sanitários e sociais, numa lógica de gestão de base populacional, e não com base na oferta de serviços (capacidade instalada), equilibrando o acesso e a concentração de serviços na formulação de políticas de saúde, e com base na lógica da economia de escala e

na dimensão geográfica do território. Baduy *et al.*¹⁶³ reforçam que para ter a garantia oportuna do acesso aos diversos serviços de saúde, de forma equânime e de acordo com a necessidade do usuário, não é suficiente ter em conta apenas os aspectos técnicos dos protocolos assistenciais. Embora sejam necessários, é preciso também endereçar as relações entre os envolvidos no trabalho em saúde nos diversos pontos da rede de atenção tendo em vista que as tecnologias existentes são insuficientes para articular a gestão do sistema em direção à produção do cuidado focado na necessidade do usuário. Precisam ser enriquecidas pelos saberes e tecnologias produzidos em encontros deliberados, em movimentos ativos da gestão em apoiar a produção do cuidado.

Apesar dos municípios contarem com uma central de marcação de consultas e exames especializados o acesso foi considerado limitado sendo relatado em ambos os casos as seguintes fragilidades: a insuficiência de profissionais especializados na RISS e a ausência de contrarreferência. Achados semelhantes foram encontrados em diversos estudos^{39, 139, 151, 152, 162, 164, 165}. Cecílio *et al.*¹⁶² reforçam que os serviços de referência e contrarreferência asseguram a continuidade do cuidado destacando que quando os processos de referência e de contrarreferência são valorizados pelos provedores da assistência os benefícios são observados tanto em âmbito individual como em termos de organização da assistência. Para Aleluia *et al.*¹⁶⁵, a falta de contrarreferência dificulta o retorno de informações imprescindíveis para o monitoramento e readequação do plano terapêutico pela APS.

Para o município de Recife (DS VII) foi possível observar que 40% dos critérios contribuíram negativamente à implantação da CA na RISS ao portador de DM. O fato do município não promover encontros ou reuniões com os profissionais de diferentes níveis para condução dos casos sugere baixo investimento no âmbito municipal quanto à implantação da CA na RISS ao portador de DM2. Bem como a fragilidade da governabilidade em fomentar a comunicação entre os profissionais da APS e AE. É importante salientar a relevância da construção de mecanismos e estratégias que respondam as necessidades locais quanto à continuidade do cuidado ao portador de DM2 e que favoreçam o diálogo dos diferentes profissionais da RISS. A gestão precisa coordenar tecnicamente os processos de trabalho, definir fluxos e responsabilidades, criar mecanismos

de elaboração contínua. Desta forma será possível estabelecer redes de atenção e constituir linhas de cuidado considerando as especificidades locorregionais¹⁵². Além disso, Mendes³⁶ destaca que o desenvolvimento de uma organização de saúde é diretamente proporcional ao processo de liderança, da capacidade de gestão dos profissionais, de incentivos e recursos adequados em escala progressiva de cuidado.

Diante dos resultados encontrados, os dois casos apontam a construção de estratégias visando à superação da segmentação e fragmentação da atenção à saúde. Entre as iniciativas mais exitosas para implantação da CA na RISS ao portador de DM2, destacam-se elaboração de protocolos próprios municipais de acesso, a constituição de eventos e reuniões de discussão entre profissionais da APS e AE, a telemedicina, mensagens eletrônicas (*Whatsapp*), contato telefônico, atuação do NASF junto às ESF e apoio matricial^{139, 151, 162, 165}.

Os mecanismos de comunicação com troca de informações entre profissionais dos diversos serviços de saúde são essenciais para os trabalhadores da APS exercerem a coordenação e garantirem a continuidade do cuidado aos usuários¹⁶⁶. Feuerwerker & Merhy¹⁶⁷ apontam a necessidade da produção de linhas de cuidado que atravessem a atenção básica, especializada, ambulatorial e hospitalar. Desta forma, novas modalidades de apoio e articulação entre profissionais e serviços precisam ser inventadas, levando em conta a necessidade de atender à intensificação do cuidado requerido pelos usuários em suas distintas situações de vida.

Em suma, no município de Caruaru o contexto mostrou-se altamente favorável (95%) à implantação da CA na RISS ao portador de DM2. O GI foi considerado parcialmente implantado (65,3%). Enquanto que o município de Recife (DS VII) o contexto mostrou-se favorável (60%) com GI também parcialmente implantado (52,2%). Resultados semelhantes foram encontrados por Santos *et al.*¹³³ quanto à implantação da RAS ao portador de DM no município de Recife (DS VII). Esses autores observaram que o contexto se mostrara favorável (66,7%) com o grau de implantação considerado parcialmente implantado (65,6%).

4.4 Análise da influência do grau de implantação e do contexto de implantação da CA na RISS ao portador de DM2 sobre os efeitos encontrados

A partir dos relatos dos usuários, a trajetória assistencial de cada entrevistado foi construída entendendo que as mesmas representam os cursos de um indivíduo em busca de manter um dos bens mais valiosos de sua vida: a sua saúde. Durante as entrevistas, cada participante ao revisitar sua história, verbalizou as experiências em busca do cuidado e atenção à saúde. De modo geral, para o município de Caruaru foi possível identificar diferentes caminhos percorridos na busca por tratamento nos serviços de saúde da RISS. Enquanto em Recife (DS VII) os caminhos foram semelhantes.

No que diz respeito ao perfil sociodemográfico dos entrevistados, conforme disposto na tabela 1, verificou-se que a maioria era do sexo masculino (72,7%) na faixa etária entre 61 a 79 anos (72,8%). A prevalência da DM pode estar associada a vários fatores, entre eles o aumento na proporção de pessoas com mais 65 anos de idade^{13, 14, 15, 18}. Ao observar o nível de escolaridade dos indivíduos, identificou-se que mais de 80% (81,8%) possuía 05 anos ou menos de estudo. Com relação à renda, foi encontrada uma proporção de 81,8% de entrevistados que recebem um salário mínimo e de 90,9% que residem em zona urbana. Considerando que estas variáveis analisadas podem reverberar a desigualdade social dos usuários entrevistados⁷⁸, os resultados desta pesquisa sugerem que a manifestação das complicações da DM2 como a nefropatia diabética predominou em grupos mais desfavorecidos da sociedade corroborando com outros estudos^{1, 2, 3, 13, 14}.

Tabela 1: Descrição do perfil sociodemográfico dos portadores de DM2 com nefropatia diabética nos municípios de Caruaru e Recife. Pernambuco - Brasil, 2017.

Variável	Caruaru		Recife		Total	
	n (6)	%	n (5)	%	n (11)	%
Sexo						
Masculino	5	83,3	3	60	8	72,7
Feminino	1	16,7	2	40	3	27,3
Faixa etária						
≤ a 60	1	16,7	1	20	2	18,2
61 a 69	2	33,3	2	40	4	36,4
70 a 79	3	50	1	20	4	36,4
≥ 80	0	0	1	20	1	9,1
Escolaridade (anos de estudo)						
Sem instrução (<1 ano)	1	16,7	2	40	3	27,3
1 a 5 anos	4	66,7	2	40	6	54,5
6 a 10 anos	1	16,7	1	20	2	18,2
Mais de 10 anos	0	0	0	0	0	0
Renda per capita (Salários Mínimos)*						
≤ 2	5	83,3	4	80	9	81,8
> 2	1	16,7	1	20	2	18,2
Zona de residência						
Urbana	5	83,3	5	100	10	90,9
Rural	1	16,7		0	1	9,1

Fonte: Elaboração própria

* Salário-mínimo vigente à época da pesquisa: ano 2017: R\$ 937,00

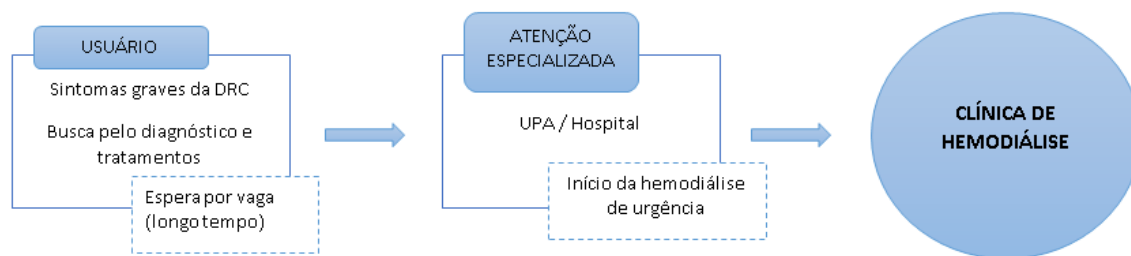
As trajetórias assistenciais construídas foram organizadas em duas categorias descritas a seguir:

4.4.1 Trajetória Assistencial 1: Procuraram a AE para diagnóstico, tratamento e exames complementares

Do total de onze usuários entrevistados, oito (73%) foram buscar o cuidado na AE pública obtendo o diagnóstico e seu tratamento. Dos seis entrevistados do município de Caruaru,

três (50 %) percorreram esta trajetória. E em Recife (DS VII) os 100% dos entrevistados (05): (...) *eu vou mesmo assim eu vou a UPA depois de lá agora, por exemplo, que eu fui a UPA é que foi diagnosticado (...) (UR5) ”. (...) foi quando eu tive uma piora, começou pela visão, mas eu não sabia (...) teve uma vez que eu fui para o Agamenon (...) encaminhado pelo médico da emergência e a doutora pediu os exames todinho, aí foi constatado, problema de hipertensão, diabetes e coração (UR7) ”. (...) foi não, foi não, nesse tempo eu me internei no Agamenon. Não tinha esse negócio de UPA, para ir para UPA, do Agamenon aí me transferiram para lá, Nossa Senhora de Lourdes (UR8)”. (...) eu comecei com uma perna inchando, meus pés começaram inchando, eu sem saber, os braços o rosto, sem saber o que era, aí eu me internei lá no é no hospital, no IMIP e lá descobriram que eu estava com diabetes. E de lá eu passei lá uns quinze dias internado, de lá colocaram eu lá no Getúlio Vargas, lá eu passei uns quinze dias também internado (...) e de lá eu vim para aqui (UR9) ”. A figura 4 demonstra o fluxo da trajetória assistencial 1.*

Figura 4: Fluxo da trajetória assistencial 1.



Analisando o conteúdo à luz da continuidade da gestão clínica foi identificado que para acessibilidade entre os níveis de atenção os entrevistados apesar de demonstrarem conhecimento sobre os serviços ofertados na APS, estes usuários não procuraram este nível de atenção quando se sentiram doentes. Na maioria dos discursos foi evidenciado que o tempo de espera para atendimento e/ou realização de exames complementares no primeiro nível de atenção são longos: “(...) é difícil demais, aí elas marcam, mas às vezes demora (...) minha mulher mesmo, ela tem sessenta e poucos anos também (...) médico de pele ela marcou já faz uns três meses (...) (UR1) ”. “(...) não, eu não vou é tudo muito difícil eu ir ao

posto, não vou não (...) chega lá no posto, não tem médico direito, não tem gente para atender, (...) muito mal muito mal mesmo o posto de lá (UR10) ”. “(...) ah o posto se saúde não se fala. O posto de saúde você tem que chegar lá, apesar das condições humanas são muitas, não é? Muita gente para ser atendido e ainda tem que acordar muito cedo para quando chegar lá pegar a vaga, para esperar para pegar ficha para depois ainda ser atendido e quando é atendido é aquela coisa meia que (...) bem não sei se é aquela palavra, supérflua uma coisa muito rápida muito assim toma esse remédio e acabou. Entendeu? (...) eu já fiquei assim de esperar meses (...) às vezes você procura lá e não encontra o que precisa. Precisa fazer uma ultrassom, só consegue fazer ultrassom ou outros exames mesmo se você tiver internado (UR5) ”. “(...) quando eu cheguei a UPA, o médico me pegou, a senhora vai dormir aqui e amanhã a senhora vai para o Agamenon (...) quando eu cheguei ao Agamenon, um foi logo furando meu pescoço colocaram esse negócio no meu pescoço, eu disse a minha filha, eu não quero fazer hemodiálise não, ela disse, a senhora já está fazendo mãe (...) (UR11) ”.

A queixa na demora pelo atendimento e resolução dos problemas de saúde por parte da APS também foi percebida por Brito *et al.*¹⁶⁸ ao estudarem a continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de DM no município de Recife. Campos *et al.*¹⁶⁹, em seu estudo para avaliação da qualidade do acesso na APS em uma grande cidade de São Paulo, Brasil, ressaltaram que as dificuldades para marcação de consultas com alguns especialistas e a demora na realização de alguns exames criam uma descrença no papel ordenador da APS e acabam contribuindo para as tentativas de deslocar a APS como porta de entrada do SUS.

Contudo, a maioria dos entrevistados nesta trajetória assistencial denotou perceber que recebem de forma oportuna e sem interrupções na AE. (...) *não foi tão difícil não. Porque eles atendem a pessoa, não foi difícil não (...) (UR1) ”. (...) Veja bem, até porque não foi difícil, para mim, conseguir vaga para Nossa Senhora de Lourdes, para outros hospitais que eu passei. Nunca foi difícil (UR8) ”.*

Quanto à continuidade da informação, na maioria dos discursos também foi percebido a ausência de comunicação entre os profissionais de diferentes níveis assistências: “(...) *Não, tem não. Tenho certeza absoluta que não (UR8)*”. (...) *eu creio que não viu. Eu acho que eles não têm contato um com o outro não. Eu tenho quase certeza (...) mas eu tenho certeza que não acontece isso não. Aqui são os médicos que conversam com a gente tudinho, lá é outra conversa, nenhuma procura se comunicar um com o outro não (...) (UR7)*”.

Em relação à continuidade da relação, os discursos em sua maioria não reverberaram vínculo entre o usuário e os profissionais da RISS, como também evidenciaram frágil estabilidade destes profissionais na rede: “(...) *nem sempre, às vezes acontece de chegar lá e está o mesmo médico ou a mesma médica que lhe atendeu anterior (...) (UR5)*”. “(...) *inclusive eu não sei quem é o médico. O médico que quando eu cheguei aqui no primeiro dia, foi um baixinho, um coroa, eu já fui pegar aqui de quatro horas, cheguei cedo, mas ele estava fazendo uma cirurgia, sei nem de que, nem de quem. Meu médico eu acho que é ele né? O do primeiro dia deve ser, mas quem me deu a receita do medicamento para dormir, foi uma enfermeira que me deu (...) (UR8)* ”. “(...) *uma semana é uma, outra semana são outras, entendeu? Não é uma só direto não, uma semana passa uma, outra semana vem com outra que atende (...) (UR9)* ”.

A utilização dos serviços de saúde é determinada por vários fatores como organização da oferta de serviços, características demográficas, condições socioeconômicas e a percepção do usuário sobre sua saúde, experiências passadas, além do vínculo e das relações que estabelecem com os profissionais da RISS^{66, 69, 170}. Os achados aqui encontrados foram semelhantes aos observados por Freitas¹⁷¹ ao construir trajetórias assistenciais de portadores de DRC em unidades de hemodiálise e UBS de Belém-Pará, Brasil. Os usuários entrevistados por esse autor também não receberam atendimento na APS buscando cuidados na AE frente aos sintomas graves da doença bem como também externaram a demora sentida no atendimento no primeiro nível de atenção. Bousquat *et al.*¹⁷² ao estudarem a APS e a coordenação do cuidado sob a perspectiva de gestores e usuários da RISS em região do estado de São Paulo (Brasil), também puderam identificar resultados que sugerem fragilidades da APS na coordenação do cuidado dos itinerários terapêuticos

construídos considerando como evento traçador o Acidente Vascular Encefálico. De modo que, a APS não se configurou como porta de entrada e não foi reconhecida como espaço de ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT. Os casos estudados não identificaram o fluxo assistencial a partir da APS, utilizando portas variadas para AE. Pelas suas características a APS seria a mais adequada para assumir a responsabilidade de coordenar o percurso terapêutico do usuário na maior parte dos episódios de adoecimento³⁹. Harzheim *et al.*⁴⁹ enfatizam que onde deveria estar a condução do sistema, há a presença de serviços com resolubilidade limitada, qualidade heterogênea bem como ausências de mecanismos de CA aliados à dificuldade de acesso. Para esses autores, deveríamos ter um sistema centrado nas pessoas em que sua trajetória clínica fosse o mais curta possível. Do contrário, temos um emaranhado de caminhos desconhecidos onde o doente é desacompanhado de sua história clínica. Lavras³⁷ ressalta que para APS seja efetivamente organizadora do sistema de saúde e coordenadora do cuidado é necessário investimento para aprimorá-la neste sentido. De modo que haja principalmente a implantação de mecanismos de valorização e programas de desenvolvimento de seus profissionais; o aperfeiçoamento do processo gerencial em todas as UBS existentes; a implantação de protocolos clínicos consensuados com as demais unidades componentes da RISS.

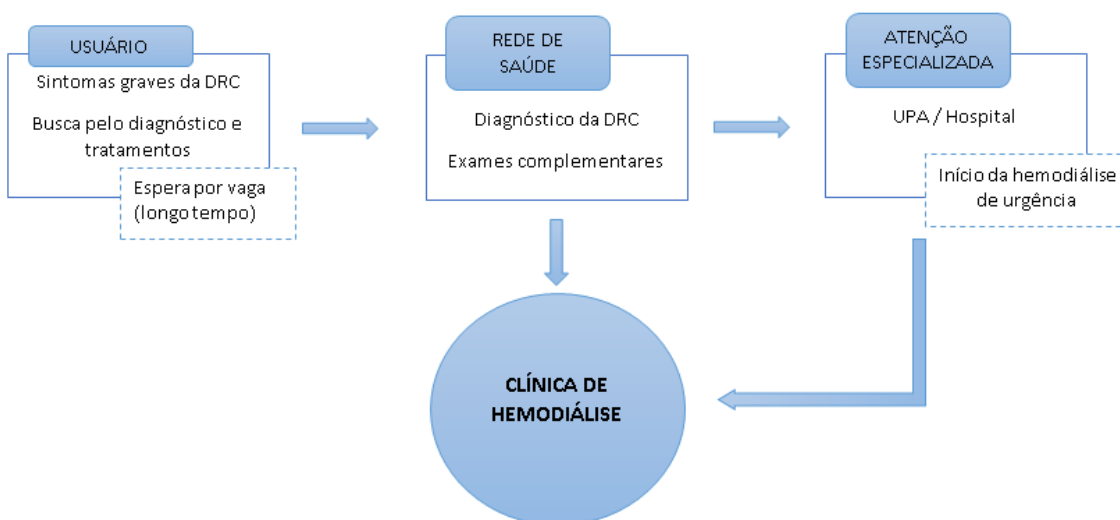
4.4.2 Trajetória Assistencial 2: Receberam diagnóstico na rede de saúde privada e foram encaminhados para tratamento no SUS

Três usuários do município de Caruaru procuraram a rede de saúde privada pela qual obtiveram o diagnóstico da doença, contudo, pelas condições socioeconômicas foram encaminhados para realizar o tratamento no SUS: *“(...) ligamos para Recife de noite, arrumamos uma doutora muito boa lá, no Hospital Português (...) eu fui o primeiro que ela atendeu. Ela disse “olha, já era para o senhor está fazendo há muito tempo” (...) foi pago. 500 reais, gasta mais 300 de carro (transporte) (...) se for pelo governo demora. Eles marcam, olha estou para fazer uma cirurgia nesse olho lá no Altino Ventura, eu venho com uns dois anos lutando (...) essa doutora mesmo (...) a minha filha ligou para ela de noite, explicou a ela como estava a situação. Aí no outro dia que eu cheguei lá, ela já me colocou logo lá em uma cama e começou a me examinar e disse “olha, já era para o senhor está*

fazendo”. Quer dizer que ela foi em cima do caso (...) (UR2) ”. (...) há uns cinco anos atrás eu paguei. Aí ela disse para ir, mandou fazer uns exames (...) aí ela disse “eu acho que o senhor está doente dos rins”(…) agora você vá ao médico (...) quando eu fui na, na quarta, na quinta o rosto todo inchado (...) todo inchado. Não enxergava nada, nada. Aí quando ele marcou e aí você sabe, pelo SUS demora (...) (UR3) ”. “(...) eu fui para o Recife fazer uma cirurgia de catarata. E quando o médico lá pediu todos os exames para ver como era que eu estava aí ele disse para mim a senhora sabia que a qualquer momento a senhora pode fazer hemodiálise? (...) dependendo do tipo da cirurgia dois mil, três, quatro. A minha foram três mil nos dois olhos (...) (UR6) ”.

A figura 5 demonstra o fluxo da trajetória assistencial 2.

Figura 5: Fluxo da trajetória assistencial 2.



Quanto à continuidade da gestão clínica, nesta trajetória pode-se observar que os usuários também, apesar de conhecer os serviços da APS, recorrem a AE diante das necessidades de atenção à saúde. Denotando que a acessibilidade entre os níveis assistenciais se mostrou favorável à AE em detrimento a APS. Um fator de destaque para tal fato é a demora sentida desde o atendimento à realização de exames e recebimento do diagnóstico pela APS: (...) tem não. Tinha, mas tiraram. No tempo de (...) fez um posto lá, era uma beleza. Aí tirou,

botou lá para baixo (...) eu ia lá. Esse eu ia lá. Sempre eu ia lá, lá fez uma falta medonha esse posto (UR2) ”. “(...) às vezes demora, às vezes eu faço particular para saber (...) pelo posto às vezes passa um mês sem receber. (...) se for esperar pelo posto é um mês. Quando eu receber e for entregar a ela a consulta dela não vale mais não. Tem que marcar de novo. (...) (UR6)”.

Há consenso nos estudos quanto à importância da APS na melhora dos indicadores de saúde funcionando como porta de entrada do sistema de saúde favorecendo acesso, a construção de vínculo e a atenção continuada priorizando a pessoa em detrimento da sua doença. Com seu bom desempenho, a APS tem capacidade para resolver a maioria dos problemas de saúde de uma dada população devendo conciliar ações de assistência com prevenção e promoção da saúde além de coordenar a atenção prestada nos outros níveis do sistema^{36, 51, 57}. No Brasil, apesar dos vários avanços obtidos com a expansão da APS no país, constata-se que existem dificuldades para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e melhorar a continuidade assistencial. Achados semelhantes também foram encontrados neste estudo.

Os discursos analisados nesta trajetória também exprimiram insegurança quanto à coerência da atenção recebida com a presença de divergências terapêuticas recebidas: “(...) *ai você aqui você não sabe o que é que está acontecendo (UR2)*”. “(...) *me passou muitos medicamentos, aí depois eu troquei de médico, que o médico da beneficência também não deu certo (...) (UR3)* ”. “(...) *eu até peguei lá os comprimidos, aí a menina que me entregou os comprimidos falou, tu vais tomar metformina aí ele passou outro comprimido que é quase a mesma coisa. E vai tomar os dois de uma vez? Eu disse, eu não sei não ele passou para eu tomar. (...) o que ele mudou foi a minha medicação da pressão. Ele mudou. Ele disse, olha esse aqui eu vou mudar que está muito fraquinho, aí eu vou mudar para esse (...) (UR6)*”.

Com relação à continuidade da informação, a transferência das informações foi realizada por meio do próprio usuário durante sua consulta. Não houve percepção da existência de comunicação entre os diferentes profissionais da RISS na continuidade assistencial: “(...) a

gente que fala, né. Que às vezes pode dar um remédio diferente. Às vezes a pessoa tem alergia a remédio, um bocado de coisa (UR2) ”. Reid, Haggertye McKendry⁵⁴, afirmam que receber a informação clara e precisa é um ponto importante para garantir a continuidade assistencial.

No tocante à continuidade da relação, foi evidenciada nas narrativas desses usuários a ausência de vínculo como também a instabilidade dos profissionais na RISS: “(...) *ele não olhava nem na minha cara. “Doutor?” (...) “é assim mesmo” (...) eu digo: “É assim doutor?” (...) porque eles tiram o sangue, levam, fazem o exame e não dão o resultado. Não chegam perto da gente para dizer “olha, sua situação está melhor, está não sei o quê”. Que era para chegar, né? (...) eles não fazem isso (...) aí você aqui você não sabe o que é que está acontecendo (UR2) ”. (...) ele já falou com você que a qualquer momento você pode fazer hemodiálise? Eu disse, não (...) seu médico nunca disse a você não? Aí eu disse, não. (...) porque não fez os exames corretos (...) (UR6) ”.*

A alta rotatividade entre os profissionais também foi uma condição identificada por Brito *et al.*⁶⁰ como um elemento que favorece a falta de confiança e vínculo. Filho *et al.*¹⁷³ consideraram que a redução da rotatividade de profissionais é um desafio frente à continuidade assistencial na RISS.

Os achados deste estudo também revelaram que os usuários procuraram assistência à saúde já tardiamente, frente aos sintomas graves da DRC: “(...) *aí eu comecei aqui, muito ruim. Deu errado, esse braço meu (...) ficou dessa grossura assim, furando aqui né. Aí eu fiz na perna de um lado, fiz do outro, aí agora faz quatro semanas que colocaram aquele negócio daqui um cateter (...) (UR2) ”. “(...) eu vinha quase dentro do caixão. Eu vim para aqui quase dentro do caixão (...) (UR3) ”. (...) meu dedo do pé ficou vermelhinho, depois foi ficando roxo e depois ficou com mal cheiro. Aí eu fui para Dr. (...) aí ele olhou, pediu todos os exames, passou uma medicação para mim para ver se não ia ser preciso amputar ele. Mas não adiantou não, ele disse que eu tinha que tirar ele que estava necrosado (UR6) ”.*

O acompanhamento das trajetórias dos usuários portadores de DM2 em busca de assistência permitiu identificar os pontos críticos da RISS que em conjunto podem ter contribuído no desfecho indesejável da doença. Pela trajetória dos casos (figuras 04 e 05), em relação à coordenação das práticas, verificou-se fragilidade da RISS quanto à qualidade desejada para o primeiro nível de atenção que possivelmente comprometeu a continuidade assistencial do portador de DM2 nos dois municípios estudados. Constatou-se também que 100% dos eventos sentinelas não iniciaram a busca por atendimento a partir APS. Uma vez que os dois municípios possuem uma RISS com equipamentos favoráveis à continuidade da assistência do portador de DM2 possuindo APS com fluxo definido para os diferentes níveis de complexidade, esperava-se que estes casos tivessem sido assistidos também pela APS. Mesmo assim, os casos analisados indicaram que apesar das dificuldades, o acesso à RISS não constituiu um problema que justificasse a nefropatia diabética. Os problemas identificados estavam mais relacionados com a credibilidade da assistência prestada pela APS na RISS para diagnóstico e tratamento da doença. Achados semelhantes quanto o acesso e a qualidade da assistência foram identificados no estudo de Figueiró *et al*¹⁰⁹, que avaliou a qualidade da assistência em dois municípios do Nordeste do Brasil considerando o óbito por dengue como evento sentinela. Como também no estudo de Lopes, Viera-da-Silva e Hartz¹⁰⁰ ao analisarem a qualidade técnica científica do cuidado, a acessibilidade aos serviços de saúde e o grau de implantação das ações de controle da diarreia em um município da Bahia, Brasil. Silva¹⁷⁴ também encontrou debilidades quanto ao acesso e utilização dos serviços, vínculo, coordenação da atenção e a responsabilização pelos usuários na RISS ao analisar trajetórias assistenciais de usuários portadores de DM no SUS a partir da retinopatia diabética. Para esta autora, o estabelecimento de complicações evitáveis da doença e suas complicações são consequências da atenção fragmentada ainda presente na assistência à saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo sinalizaram importantes aspectos sobre os problemas enfrentados na RISS para o favorecimento de ações que visam melhorar a qualidade da assistência aos portadores de DM2 e evitar complicações indesejáveis dessa doença. Em um cenário onde a DM2 constitui um problema mundial, é fundamental avançar em pesquisas envolvendo essa problemática para contribuição na melhoria das políticas públicas com caráter universal almejando uma RISS sensível às diferenças, que garantam a integração do cuidado e atendam às necessidades oriundas das desigualdades que predominam vários países de baixa renda, inclusive no Brasil.

A execução deste trabalho também apontou a viabilidade metodológica e operacional para o desenvolvimento de uma pesquisa avaliativa em diferentes contextos político-organizacionais, permitindo a identificação de nós críticos que podem dificultar não só a qualidade das ações de saúde como também comprometer o cuidado integral. Assim, os achados demonstraram obstáculos à implantação da coordenação da atenção na RISS ao portador de DM2, uma vez que necessita de vinculação e relação harmoniosa dos serviços de saúde ao longo de todo trajeto assistencial do usuário. Dessa forma, coordenação da atenção na RISS ao portador de DM2 apresentou-se parcialmente implantada nos dois municípios estudados.

Outro aspecto que vale destacar diz respeito à porta de entrada na RISS. Nos casos estudados a APS se revelou inadequada, observou-se que em nenhum dos casos, a cobertura da ESF mostrou-se como um facilitador na continuidade assistencial dos eventos estudados. Os usuários em sua totalidade recorreram à AE na busca pelo cuidado. Foi possível observar a ausência de vínculo e relacionamento com a APS, evidenciando a fragilidade da organização da RISS ao portador de DM2.

Foi também perceptível o questionamento sobre a resolubilidade das suas necessidades pelo primeiro nível de atenção. Fato este que pode ter contribuído na necessidade dos usuários de traçar caminhos próprios na busca por cuidados, receosos em receber a assistência

tardamente e resultar em consequências evitáveis da doença. Por terem uma complicação da DM2 passível de ser evitada, acredita-se que a maioria desses casos poderia ter sido evitada se os usuários tivessem tido, também, uma intervenção precoce no primeiro nível de atenção como o controle da glicemia e da pressão arterial para prevenir ou, no mínimo, postergar o desenvolvimento das complicações da doença. Um usuário que diante de suas necessidades recebe atenção à saúde não adequada e de forma fragmentada na RISS pode, por meio do surgimento de complicações evitáveis de sua doença, necessitar de serviços com maior densidade tecnológica que além do grave prejuízo à saúde vai também onerar o sistema de saúde.

Diante dos achados identificados nas trajetórias descritas ficou explícito que o recebimento de serviços de saúde ocorreu sem a responsabilidade de algum profissional pela coordenação do cuidado na rede. Esta fragilidade pode estar relacionada à fragmentação dos sistemas de atenção à saúde ainda presente, apesar da normativa e literatura indicarem a necessidade da continuidade da atenção para os portadores de doenças crônicas. De modo que, a concretização da imagem ideal de uma RISS com acesso sem barreiras entre os diversos serviços de atenção interligados em sincronia, ainda constitui um desafio a ser superado.

Contudo, foi possível observar mecanismos favoráveis à integração da RISS, principalmente referentes à APS com a AE como as centrais informatizadas de regulação e marcação de consultas e procedimentos. Além destas centrais, o município de Caruaru apresentou estratégias para descentralizar as discussões e a responsabilização pelas ações destinadas ao portador de DM2 na RISS. Outro resultado positivo considerado indicador de integração de rede foi a existência de instrumentos de referência e contrarreferência, apesar da queixa comum dos profissionais quanto à ausência da realização desta última. Essas estratégias de integração da rede assistencial podem favorecer cuidados mais coordenados, minimizando as barreiras de acesso entre os níveis assistenciais e contribuir para uma atenção em saúde mais equânime.

Pelo exposto, faz-se oportuno a realização de mudanças na RISS ao portador de DM2, de modo que a continuidade assistencial seja percebida por seus usuários frente às responsabilidades assumidas pelos profissionais diante da oferta dos serviços de atenção à saúde. Este estudo também revela a necessidade da gestão do cuidado na RISS, fortalecimento dos mecanismos já existentes que contribuem para a coordenação da atenção entre os níveis assistenciais, melhor articulação da APS com AE, bem como organização dos fluxos assistenciais com suficiente oferta de procedimentos especializados.

Como limitações do estudo, identifica-se o não aprofundamento das categorias aqui estudadas na perspectiva dos profissionais da AE que prestam serviços na RISS ao portador de DM2, que poderiam agregar outras percepções além daquelas dos profissionais da APS, dos gestores e dos usuários. Assim, futuras pesquisas podem trazer novas contribuições ao focar em avaliações da RISS considerando usuários e profissionais de saúde de todos os níveis de atenção para compor de maneira mais ampla todos os envolvidos na atenção à saúde do DM2. Outra limitação relaciona-se à utilização do estudo de caso, consequência direta do desenho da pesquisa. Visto que cada município possui características próprias que interferem na organização dos serviços na RISS. Destarte, os achados aqui relatados representam uma aproximação da realidade vivenciada pelos participantes desta pesquisa no âmbito da RISS ao portador de DM2 nos dois municípios estudados. Com relação à construção das trajetórias, considerando a gravidade da nefropatia diabética e ao procedimento de TRS, uma possível limitação se refere às informações prestadas pelos usuários em TRS. Nesta condição é possível que alguns aspectos não tenham sido suficientemente reverberados por eles durante a entrevista, tendo em vista que as mesmas foram realizadas antes ou durante ou depois da realização da TRS. Esta limitação foi minimizada com a permanência do entrevistador no local por um tempo superior ao planejado para a entrevista.

Diante de todo conteúdo exposto, algumas recomendações são necessárias a fim de contribuir com a qualidade das ações de atenção à saúde ao portador de DM2 nos casos aqui estudados. Assim, recomenda-se a adoção dos seguintes pontos:

- a) Realizar oficinas e encontros entre os profissionais da RISS abordando temas relacionados à CA e sua relação dinâmica na continuidade assistencial dos portadores de DM2;
- b) Investir em mecanismos de comunicação e compartilhamento de informações entre os níveis assistenciais com abordagem participativa entre todos os envolvidos no cuidado ao portador de DM2;
- c) Melhoria da qualidade dos registros em saúde mediante a estruturação e padronização das informações necessárias ao atendimento do portador de DM2 com ou sem a incorporação do prontuário eletrônico;
- d) Constituir responsável clínico para coordenar o seguimento do portador de DM2 entre os níveis de atenção;
- e) Aumentar o vínculo e a confiança dos portadores de DM2 com os profissionais da saúde na condução de sua trajetória assistencial através de uma menor rotatividade desses profissionais como também uma relação mais pessoal com melhor comunicação e a redução de repetições de informação entre os níveis assistenciais;
- f) Incluir portadores de DM2 ou liderança representativa em reuniões de planejamento das ações de saúde na linha de cuidado desta doença;
- g) Promover eventos com a população de risco à DM2 para divulgação de informações pertinentes ao cuidado da doença e de suas complicações;
- h) Estabelecer a institucionalização de uma cultura de monitoramento e avaliação de indicadores relativos à qualidade dos serviços assistenciais ao cuidado do DM2;
- i) Divulgar os resultados desta avaliação com gestores, gerentes, coordenadores, profissionais e usuários dos diferentes níveis de atenção da RISS;
- j) Desenvolver outros estudos avaliativos da assistência prestada ao portador de DM2, sobretudo os que abordem os usuários da RISS.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2010. Geneva: The Organization; 2011.
2. Malta DC, Moraes Neto OL, Silva Junior JB. Apresentação do plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. *Epidemiol Serv Saúde*. 2011;20(4):425-38.
3. Bamberger M, Segone M. Cómo diseñar y gestionar evaluaciones centradas en la equidad. New York: Unicef; 2012.
4. Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*. 2011;377(9781):1949-61.
5. Goulart FAA. Doenças Crônicas Não Transmissíveis: estratégias de controle e desafios para o sistema de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Organização Pan-Americana de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington; A Organização; 2015.
7. Escoval A, Coelho A, Diniz JA, Rodrigues M, Moreira F, Espiga P. Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Rev Port Sau Pub*. 2010; 9:105-16.
8. Moura AAG, Carvalho EF, Silva NJC. Repercussão das doenças crônicas não-transmissíveis na concessão de benefícios pela previdência social. *Cien Saúde Colet*. 2007;12(6):1661-72.

9. Ministério da Saúde (BR). Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011: regulamentação da lei nº 8.080/90 [Internet]. Brasília: O Ministério; 2013 [Citado 2016 Mai 8]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/decreto_7508.pdf
10. Máximo LM. A Agenda 2030 de desenvolvimento da ONU: os desafios e potencialidades dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável para o continente africano. Revista Perspectiva. 2015; 8 (15).
11. Organização das Nações Unidas. The Millennium Development Goals Report 2015. New York. 2015. Disponível em <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Resources/Static/Products/Progress2015/English2015.pdf>
12. Boccolini CS. Morbimortalidade por doenças crônicas no Brasil: situação atual e futura - um estudo comparativo da Pesquisa Nacional de Saúde, Carga Global de Doenças e Sistema de Informação de Mortalidade. Saúde Amanhã. In: Fiocruz. Micro-oficina sobre parcerias para o desenvolvimento produtivo. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2016. p. 143-175.
13. Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care. 2004;27(5):1047-53.
14. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica; 2014.
15. Sociedade Brasileira de Diabetes. Consenso brasileiro sobre diabetes 2002: diagnóstico e classificação e tratamento do diabetes mellitus do tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic; 2003.
16. Vázquez, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mongollón-Perez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in diferente healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quase-experimental study protocol. BMJ Open [Internet]. 2015[cited 2016 Ago 3] ;5(7):e007037. Available from: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4521516

17. Observatório Nacional Diabetes. Diabetes: factos e números 2010: Relatório Anual do Observatório da Diabetes. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Diabetologia; 2013.
18. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas [Internet]. 6th ed. Bruxelas: The Federation; 2013 [cited 2014 Mar 18]. Available from: <http://www.idf.org/diabetesatlas>
19. International Diabetes Federation. Diabetes Atlas. 8th ed. Belgium: The Federation; 2017.
20. Ministério da Saúde (BR). Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus. Brasília: O Ministério; 2001.
21. Viana MR, Rodriguez TT. Complicações cardiovasculares e renais no diabetes mellitus. Rev Cien Med Biol. 2011;10(3):290-6.
22. Roussel, R. Histoire naturelle de lanéphropathie diabétique. Med Mal Metab [Internet]. 2011 [cited 2015 Ago 15]; 5 (Suppl 1): S8-13. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1957255711700530>
23. Ministério da Saúde (BR). Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Brasília: O Ministério; 2014.
24. Pereira ERS, Pereira AC, Andrade GB, Naghettini AV, Pinto FKMS, Batista SR, et al. Prevalência de doença renal crônica em adultos na Estratégia de Saúde da Família. J Bras Nefrol. 2016;38(1):22-30.
25. Organização Pan-Americana de Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília:A Organização; 2010.
26. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Santos DR. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013: análise das tendências entre 2011 e 2013. J Bras Nefrol 2014;36(4):476-81.

27. Soares FC, Aguiar IA, Carvalho NPF, Carvalho RF, Torres RA, Segheto W, et al. Prevalência de hipertensão arterial e diabetes mellitus em portadores de doença renal crônica em tratamento conservador do Serviço Ubaense de Nefrologia. *Rev Cien Fagoc Saúde*. 2007; 2:21-6.
28. Murussi M, Nádia M, Nicole CPN, Pinho SS. Detecção precoce da nefropatia diabética. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2008;52(3):442-51.
29. Murussi M, Coester A, Gross LJ, Silveiro SP. Nefropatia diabética no diabetes melito tipo 2: fatores de risco e prevenção. *Arq Bras Endocrinol Metab*. 2003;47(3):207-19.
30. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, Santos DR. Chronic dialysis in Brazil: report of the Brazilian Dialysis Census, 2011. *J Bras Nefrol*. 2012;34(3):272-7.
31. SalgadoFilho N, Brito DJA. Doença Renal Crônica: a grande epidemia deste milênio. *J Bras Nefrol*. 2006;28(3 Supl2):1-5.
32. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Watanabe Y, Santos DR. Relatório do Censo Brasileiro de Diálise Crônica 2012. *J Bras Nefrol*. 2014;36(1):48-53.
33. Costa LRG, Novaes MR, Fernandes SEF, Luna LCG, Alexandre CS. Avaliação do risco de doença renal crônica em uma amostra populacional de diabéticos. *Rev Ciênc Saúde Nova Esperança*. 2014;12(1):35-44.
34. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Martins CT. Brazilian Chronic Dialysis Census 2014. *J Bras Nefrol*. 2016;38(1):54-61.
35. Silva GS, Samico I, Dubeux L, Felisberto E. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2012;12(4):445-58.
36. Mendes EV. *As Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: OPAS; 2011.

37. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saúde Soc.* 2011;20(4):867-74.
38. Terraza, R., Vargas, I., Vazquez, M.L. La coordinacion entre niveles asistenciales: una sistematizacion de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit.* 2006;20(6):485-95.
39. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saúde Pública.* 2010;26(2):286-98.
40. Viacava F, Almeida C, Caetano R, Fausto M, Macinko J, Martins M, et al. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2004;9(3):711-724.
41. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 483, de 1º de Abril de 2014: Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília: O Ministério; 2014.
42. Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface Comum Saúde Educ.* 2010; 14(34):593-605.
43. Silva SF, Magalhães Junior HM. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: Silva S, organizador. *Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde.* 2. ed. Campinas: Saberes; 2011. p. 69-85.
44. Mendes, EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.
45. Zioldo RR, Gimenes RO, Júnior CC. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. *O mundo da Saúde.* 2013; 37(2): 216-221.

46. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Seção II: Da Saúde. (Out. 5, 1988).
47. Lei que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Pub. L. No. 8.142, Diário Oficial (Dez. 28, 1990).
48. Lei que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Pub. L. No. 8.080, Diário Oficial (Set. 19, 1990).
49. Harzheim, E., Santos MJ, C., D'Avila, PO., Wollmann, L., & Pinto, LF. Bases para a Reforma da Atenção Primária à Saúde no Brasil em 2019: mudanças estruturantes após 25 anos do Programa de Saúde da Família. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 2020; 15(42), 2354. Disponível em: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2354](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2354).
50. Harzheim, E.; Lima, K. M.; Hauser, L. Reforma da atenção primária à saúde na cidade do Rio de Janeiro: avaliação dos primeiros três anos de clínicas da família Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Washington: Organização Pan-Americana da Saúde, 2013.
51. Starfield, B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.
52. Ministério da Saúde (BR). Plano de Ações Estratégica para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), 2011-2022. Brasília: O Ministério; 2011.
53. Ministério da Saúde (BR). Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011. 5. ed. Brasília: O Ministério; 2010.

54. Reid R, Haggerty J, McKendry R. Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of healthcare: final report. Ottawa: Canadian Health Services Research Foundation; 2002. v. 16.
55. Vargas I, Vázquez ML, Henao D, Campos C. Implantación de mecanismos de coordinación asistencial en Redes Integradas de Servicios de Salud. Catalunya: CSC, OPS; 2011.
56. Giovanella, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. Ciênc Saúde Colet. 2011;16 Supl. 1:1081-96.
57. Organização Pan-Americana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: A Organização; 2011.
58. Chueiri PS, Harzheim E, Takeda SMP. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde: uma proposta de itens para avaliação destes atributos. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2017;12(39):1-18.
59. Haggerty J, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. Br Med J. 2003;327(7425):1219-21.
60. Brito ESV, Regina CO, Silva MRF. Análise da continuidade da assistência a saúde de adolescentes portadores de diabetes. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2012;12(4):413-23.
61. Ayala MP. Equidad em Salud: tareas pendientes y oportunidades para una bioética Latinoamericana. Rev Colomb Bioet. 2012;7(1): 111-22.
62. Mooney G, Jan S. Vertical equity: weighting outcomes?or establishing procedures? Health Policy. 1997;39(1):79-87.
63. Neri M, Soares W. Desigualdade social e saúde no Brasil. Cad Saúde Pública. 2002;18 Supl:S77-87.

64. Almeida C, Travassos C, Porto S, Baptista T. A Reforma Sanitária Brasileira: Em Busca da Equidade. Research in Public Health, Technical Papers 17. Washington: PAHO; 1999.
65. Giovanella L, Drumond J, Skaba M, Sá V, Oliveira R. Equidade em saúde no Brasil. Saúde Debate. 1996;49/50:13-22.
66. Furtado C, Pereira J. Equidade e Acesso aos Cuidados de Saúde. [Monografia]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa; 2010.
67. Barros FPC, Lopes JS, Mendonça AVM. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. Saúde Debate. 2016;40(110):264-71.
68. McIntyre D, Mooney G, editors. The economics of health equity. New York: Cambridge University; 2007.
69. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização dos serviços de saúde no Brasil. Cienc Saúde Colet. 2000;5(1):133-49.
70. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 183-206.
71. Gunning-Schepers LJ, Stronks K. Inequalities in health: future threatsto equity. Acta Oncol. 1999;38(1):57-61.
72. Cordeiro H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. Cienc Saude Coletiva. 2001;6(2):319-28.
73. Teixeira CF, Solla JP. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: Teixeira CF, Solla JP

Organizadores. Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: Edufba; 2006. p. 129-167.

74. Vieira FS. Crise econômica, austeridade fiscal e saúde: que lições podem ser aprendidas? [Nota técnica]. Brasília: Ipea; 2016.
75. Paim JS. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. Ciên Saúde Colet. 2018;23(6):1723-28.
76. Travassos C, Viacava F, Fernandes C, Almeida CM. Desigualdades geográficas e sociais na utilização dos serviços de saúde no Brasil. Cien Saúde Colet. 2000;5(1):133-49.
77. Conill, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24supl 1:s7-s16.
78. Contandriopoulos AP. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. Ciên Saúde Coletiva. 2006; 11(3):705-11.
79. Tanaka OY, Melo C. Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente: um modo de fazer. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2004.
80. Malik AM, Shiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998. (Série Saúde e Cidadania, 3).
81. Felisberto, E. Monitoramento e avaliação na atenção básica: novos horizontes. Rev Bras Saúde Mater Inf. 2004;4(3):317-21.
82. Tanaka OY, Tamaki EM, Felisberto E. Os desafios da avaliação na gestão do SUS. Ciên Saúde Colet. 2012;17:818.

83. Samico I, Hartz ZMA, Felisberto E, Carvalho EF. Atenção à saúde da criança: uma análise do grau de implantação e da satisfação de profissionais e usuários em dois municípios do Estado de Pernambuco, Brasil. *Rev Bras Saúde Mat Inf.* 2005;5(2).229-40.
84. Hartz ZMA. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: Hartz ZMA. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 19-28.
85. Champagne, F, Hartz Z, Broussele A, Contrandriopoulos AP. A análise de implantação. In: Broussele, A Organizador. *Avaliação: conceitos e métodos.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217-338.
86. Contandriopoulos AP, Champagne F, Denis JL, Pineault R. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA organizadora. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 29-47.
87. Samico I, Figueiró AC, Frias PG. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais.* Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 15-28.
88. Donabedian A. *La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación.* Cidade do México: La Prensa Médica Mexicana; 1991.
89. Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
90. Champagne F, Broussele A, Hartz Z, Contrandriopoulos AP, Denis JL. A Análise da Implantação. In: Broussele A, Champagne F, Contrandriopoulos AP, Hartz Z Organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos.* Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217-38.

91. Denis JL, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz Z. Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.
92. Hartz ZA, Pouvourville G. Avaliação dos programas de saúde: a eficiência em questão. Ciên Saúde Colet. 1998;3(1):68-82.
93. Hartz ZMA, Denis JL, Moreira E, Matida A. From knowledge to action: challenges and opportunities for increasing the use of evaluation in health promotion policies and practices. In: McQueen DV, Potvin L, editors. Health promotion evaluation practices in the Americas: values and research. New York: Springer; 2008. p. 101-20.
94. Felisberto E, Freese E, Bezerra LCA, Alves CKA, Samico I. Análise da sustentabilidade de uma política de avaliação: o caso da atenção básica no Brasil. Cad Saúde Pública. 2010;26(6):1079-95.
95. Felisberto E, Carvalho EF, Maggi RS, Samico I. Avaliação do processo de implantação da Estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância no Programa Saúde da Família, no estado de Pernambuco, Brasil. Cad Saúde Pública. 2002;18(6):1737-45.
96. Bamberger M, Segone M. How to design and manage: Equity-focused evaluations [Internet]. New York: UNICEF Evaluation Office; 2011 [cited 2016 Mai 8]. Available from: <http://www.unicef.org/evaluation/index.html>
97. Biggs JS, Farrell L, Lawrence G, Johnson JK. A practical example of Contribution Analysis to a public health intervention. Evaluation. 2014;20:214.
98. Mayne J. Contribution analysis: coming of age? Evaluation. 2012;18:270.
99. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality: the case for tracers. N Engl J Med. 1973 Jan 25;288(4):189-94.

- 100.Lopes RM, Vieira-da-Silva LV, Hartz ZMA. Teste de uma metodologia para avaliar a organização, acesso e qualidade técnica do cuidado na atenção à diarreia na infância. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Suppl 2):S283-97.
- 101.Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. *Rev Saúde Pública*. 2013;47(1):147-57.
- 102.Hartz ZMA, Contandriopoulos A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004;20 Supl 2:S331-36.
- 103.Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers TC, Child CG, Fishman AP, Perrin EB. Measuring the quality of medical care: a clinical method. *N Engl J Med*. 1976;294(11):582-8.
- 104.Puccini PT, Cornetta VK. Ocorrências em pronto-socorro: eventos sentinela para o monitoramento da atenção básica de saúde. *Cad Saúde Pública*. 2008;24(9):2032-42.
- 105.Penna MLF. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviços de saúde. In: Organização Pan-Americana de Saúde. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas de saúde do distrito sanitário: Projeto GERUS. Brasília: Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde; 1995. p.121-8.
- 106.Jodas DA, Scochi MJ, Vicente JB, Colucci AG. Análise dos óbitos evitáveis de menores de cinco anos no município de Maringá-PR. *Esc Anna Nery*. 2013;17(2):263-70.
- 107.Malta DC. Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil. *Epidemiol Serv Saúde*. 2007;16(4):233-44.
- 108.Ballant TSL, Oliveira MLF. Uso de drogas de abuso e evento sentinela: construindo uma proposta para avaliação de políticas públicas. *Texto Contexto Enferm*. 2007;16(3):488-94.

- 109.Figueiró AC, Hartz ZMA, Brito CAA, Samico I, Siqueira Filha NT, Cazarin G, et al. Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade da assistência: estudo de caso em dois municípios da Região Nordeste, Brasil, 2008. Cad Saúde Pública. 2011; 27(12):2373-85.
- 110.Yin, RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.
- 111.Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 112.Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005.
- 113.Domingues RMSM, Saraceni V, Hartz ZMA, Leal MC. Sífilis congênita: evento sentinela da qualidade da assistência pré-natal. Rev Saúde Pública. 2013;47(1):147-57.
- 114.Secretaria de Saúde do Recife (BR). Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017. Recife: Governo de Pernambuco; 2014.
- 115.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010: resultados [Internet]. Brasília: O Instituto; 2010 [citado 2017 Ago 12]. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>
- 116.Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco (BR). Plano Diretor de Regionalização: PDR SUS/PE. Recife: A Secretaria; 2006.
- 117.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional por amostra de domicílios: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde 2014 [Internet]. Brasília: O Instituto; 2015. [citado 2017 Ago 12]. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=261160>.

118. Natal S, Samico I, Oliveira LGD, Assis AMJ. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de recursos humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. *Cad Saúde Colet*. 2010;18:560-71.
119. Wright JTC, Giovinazzo RA. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. *Cad Pesqui Adm*. 2000;1(12):54-65.
120. Revorêdo LS; Maia RS; Torres GV; Maia EMC. O uso da técnica delphi em saúde: uma revisão integrativa dos estudos brasileiros. *Arq Ciênc Saúde*. 2015;22(2):16-21.
121. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
122. Souza LEPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira da Silva LM, organizadoras. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p.65-102.
123. Uchoa AC, Gondim GMM, Barreto MA, Rocha NdSPD, Rocha PdM. Utilizando Técnicas de Consenso: potencialidades e limites na avaliação da informação em saúde. In: Hartz Z, Felizberto E, Silva LM, organizadores. *Meta-avaliação da Atenção Básica em Saúde: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. p. 253-282.
124. Sousa CS, Turini RNT. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. *Acta Paul Enferm*. 2012;25(6):990-6.
125. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felizberto E, Figueiró AC, Frias PG organizadores. *Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010, p: 1-13.
126. Silveira Junior JA, Coelho CF, Hernandez AJ, Espinisa MM, Calvo APC, Ravagnani FCP. Questionário de prontidão para o esporte com foco nas lesões muscoesqueléticas. *Rev Bras Med Esporte*. 2016;22(5): 361-67.

- 127.Silva RF, Tanaka OY. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. Rev Esc Enf USP. 1999; 33(3): 207-16.
- 128.Donabedian A. The definition of quality and approach to its assessment. Ann Harbor: Health Administration Press; 1980.
- 129.Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. Cad Saúde Pública. 1994;10(1):80-91.
- 130.Matus C. Política, planejamento e governo. Brasília: IPEA; 1993.
- 131.Ferreira VSC; Silva LMV. Intersetorialidade em Saúde: um estudo de caso. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 103-150.
- 132.Minayo, MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007. p. 189-361
- 133.Santos RSAF, Bezerra LCA, Carvalho EF, Fontbonne A., Cesse EAP. Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). Saúde debate. 2015;39(Spe):268-82.
- 134.Figueiró AC, Hartz ZMA, Samico I, Cesse EAP. Usos e influência da avaliação em saúde em dois estudos sobre o Programa Nacional de Controle da Dengue. Cad Saúde Pública. 2012;28(11):2095-105.
- 135.Manzini EJ. Considerações sobre a transcrição de entrevistas [Internet]. Marília: UNESP, 2008 [citado 2016 Abr 4]. Disponível em: http://www.oneesp.ufscar.br/texto_orientacao_transcricao_entrevista.

136. Leviton LC, Khan LK, Rog D, Dawkins N, Cotton D. Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. *Ann Rev Public Health* 2010; 31:213-33.
137. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMA. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: Hartz ZMA, Silva LMV. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2005. p. 41-64.
138. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 65-78.
139. Giovanella L; Mendonça MHM; Almeida PF; Escorel S; Senna MCM; Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciêns Saúde Colet*. 2009;14(3):783-94.
140. Cazarin G, Mendes MFM, Albuquerque KM. Perguntas Avaliativas. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 79-87.
141. Alves CKA, Natal S, Felisberto E, Samico I. Interpretação e análise das informações: o uso de matrizes, critérios, indicadores e padrões. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG, organizadores. *Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais*. Rio de Janeiro: Medbook; 2010. p. 89-107.
142. Bezerra LCA; Alves CKA; Reis YAC; Samico I; Felisberto E; Carvalho ALB; Silva GS. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política Participa SUS. *Ciêns Saúde Colet*. 2012;17(4):883-900.

- 143.Ministério da Saúde (BR). Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: O Ministério; 2012.
- 144.Organização Pan-Americana de Saúde. O prontuário eletrônico do paciente na assistência, informação e conhecimento médico. Washington: A Organização; 2003.
- 145.Conselho Federal de Medicina (BR). Resolução CFM nº 13. 1.638/2002 [Internet]. Brasília: O Conselho; 2002 [citado 2017 Abr 20]. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2002/1638_2002.htm
- 146.Navarrete MLV, Lorenzo IV, organizadores. Organizaciones sanitarias integradas: un estudio de casos. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya; 2009.
- 147.Patrício CM, Maia MM, Machiavelli JL, Navaes MA.O prontuário eletrônico do paciente no sistema de saúde brasileiro: uma realidade para os médicos? Sci Med. 2011;21(3):121-31.
- 148.Fausto MCR, Giovanella L, Mendonça MHM, Seid H, Gagn J. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saúde Debate. 2014;38(Spe):13-33.
- 149.Gonçalves JPP, Batista LR, Carvalho LM, Oliveira MP, Moreira KS, Leite MTS. Prontuário eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. Saúde Debate. 2013;37(96):43-50.
- 150.Medina, MG. O contexto local, a organização da atenção primária e a implementação de redes integradas de atenção à saúde: resultados da avaliação de dois estudos de caso [tese]. Salvador (BA): Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2006.
- 151.Sousa FOS; Albuquerque PC; Nascimento CMB; Albuquerque LC; Lira AC. O papel do Núcleo de Apoio à Saúde da Família na coordenação assistencial da Atenção Básica: limites e possibilidades. Saúde Debate. 2017;41(115): 1075-89.

- 152.Santos CM, Barbieri AR, Gonçalves CCM, Tsuha DH. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2017 [citado 2017 Ago 12];33(5):e00052816. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n5/1678-4464-csp-33-05-e00052816.pdf>.
- 153.Vieira EW; Gazinelli A. Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. Saúde Soc. 2017;26(2):448-461.
- 154.Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Informe I: Desenho da Intervenção e Plano de Implantação no Brasil. Pesquisa Equity LA II: Impacto das estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas da América Latina. Recife: O Instituto; 2016.
- 155.Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Informe II: Avanços no Processo da Intervenção no Brasil. Pesquisa Equity LA II: Impacto das estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas da América Latina. Recife: O Instituto; 2016.
- 156.Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Informe III: Avanços no processo de implementação da Intervenção no Brasil: fevereiro a outubro de 2017. Pesquisa Equity LA II: Impacto das estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas da América Latina. Recife; O Instituto; 2017.
- 157.Miranda-Mendizábal A, Vargas I, Mogollón-Pérez, Eguiguren MFMM, López F, Amarilla D, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. Gac Sanit [Internet]. 2018 [cited 2017 Ago 12]. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911118302462>

158. Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Abrasco; 2006.
159. Medeiros ACCM. Os registros de prontuários clínicos para estudo da coordenação assistencial na atenção ao portador de diabetes melito tipo 2 da Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) do Recife-PE [dissertação]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2013.
160. Chueri PS. Proposta de instrumento de avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das RAS pela APS no Brasil. 2013 [dissertação]. Porto Alegre (RS): Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
161. Giovanela L, Mendonça MHM, Almeida PF, Escorel S, Senna MCM, Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Ciên Saúde Colet. 2009;14(3):783-94.
162. Cecílio HPM, Figueiredo RM, Marcon SS. Coordenação e elenco de serviços no controle da tuberculose: percepção de enfermeiros e médicos. Cad Saúde Colet. 2018;26(4):439-45.
163. Baduy RS, et al. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. Cad Saúde Pública. 2011; 27(2): p. 295-304.
164. Almeida PF, Santos AM, Santos VP, Filho RMS. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. Saúde Soc. 2016; 25(2): 320-35.
165. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, Vilasbôas ALQ. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. Ciên Saúde Colet. 2017;22(6): 1845-56.

166. Escorel S. O Programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;21(2/3):164-76.
167. Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panam Salud Pública*. 2008; 24(3):180-8.
168. Brito ESV, Regina CO, Silva MRF. Análise da continuidade da assistência a saúde de adolescentes portadores de diabetes. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2012;12(4):413-23.
169. Campos RTO, Ferrer AL, Gama CAP, Campos GWS, Trapé TL, Dantas DV. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. *Saúde debate* [Internet]. 2014[citado 2017 Ago 12];38(Spe):252-264. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38nspe/0103-1104-sdeb-38-spe-0252.pdf>.
170. Travassos C, Castro MSM. Determinantes e desigualdades sociais no acesso e utilização dos serviços de saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AI, organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. p. 183-206.
171. Freitas MJR. Avaliação da atenção ao portador de doença renal crônica na Atenção Básica à Saúde na perspectiva de usuários, familiares e profissionais de saúde [tese]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2017.
172. Bousquat A, Giovanella L, Campos SEM, Almeida PF, Martins CL, Mota PHS, et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2017; 22(4):1141-1154
173. Filho LAR, Fassa AG, Paniz VMV. Fatores associados à continuidade interpessoal na atenção à saúde: estudo de base populacional. *Cad Saúde Pública*. 2008; 24: 915-25.

174.Silva, MS. Trajetória assistencial de um evento sentinela: avaliação da atenção integral ao usuário diabético no sus a partir da retinopatia diabética grave [Dissertação]. Recife (PE): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz; 2015.

Apêndice 1

Modelo teórico-lógico da Coordenação da Atenção na RISS ao portador DM2 em dois municípios de Pernambuco, Brasil/2016.

COMPONENTES	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS DE CURTO E MÉDIO PRAZO	RESULTADOS DE LONGO PRAZO	IMPACTO
COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Recursos Humanos Suficientes e capacitados	Compartilhar informações entre os portadores de DM e profissionais em todos os níveis de atenção para coordenar atenção	Informações entre os portadores de DM e profissionais em todos os níveis de atenção compartilhadas	Redução de duplicidade de consultas, procedimentos, provas diagnósticas, etc. com o conhecimento da história de vida do usuário;	Menos desperdícios nos recursos com a redução de gastos desnecessários;	Atenção integrada ao portador de diabetes mellitus tipo II com acesso equitativo e em tempo oportuno
		Implantar prontuários clínicos eletrônicos dos portadores de DM na RISS	Prontuários clínicos eletrônicos dos portadores de DM na RISS implantados			
	Recursos Financeiros Suficientes e administrados de forma adequada	Disponibilizar mecanismos para transferência de informações clínica e de situação biopsicossocial que promovam acesso rápido e oportuno	Mecanismos de transferência de informação disponíveis	Maior adesão dos profissionais às diretrizes clínicas;	Maior satisfação dos envolvidos na intervenção;	
		Recursos Materiais Internet, móveis, telefones, veículos, protocolos, computadores, impressora, prontuários e materiais impressos.	Realizar o registro adequado das informações pertinentes a atenção ao portador de DM	Fichas, formulários, prontuários e demais materiais preenchidos adequadamente	Melhor monitoramento do tratamento	
		Realizar a consulta às informações transferidas sobre o paciente	Consulta às informações transferidas sobre o paciente realizadas	Melhora na qualidade da transferência da informação	Melhor desempenho do sistema de atenção;	
		Utilizar as informações compartilhadas na prática clínica	Utilização das informações compartilhadas na atenção ao paciente	Melhora a conduta clínica		

COMPONENTES	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS DE CURTO E MÉDIO PRAZO	RESULTADOS DE LONGO PRAZO	IMPACTO
COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Recursos Humanos Suficientes e capacitados e Recursos Financeiros Suficientes e administrados de forma adequada e Recursos Materiais Internet, móveis, telefones, veículos, protocolos, computadores, impressora, prontuários e materiais impressos.	Realizar por meio da AE relatório de contrarreferência em casos de alta para os serviços de APS	Relatório de contrarreferência realizado pela AE dos casos de alta para os serviços de APS	Melhor qualidade da atenção em saúde;	Menos desperdícios nos recursos com a redução de gastos desnecessários; Melhor desempenho da equipe profissional; Maior satisfação dos envolvidos na intervenção; Melhor comunicação entre níveis de atenção; Melhor desempenho do sistema de atenção;	Atenção integrada ao portador de diabetes mellitus tipo II com acesso equitativo e em tempo oportuno
		Realizar, por meio da AH, relatório de contrarreferência em casos de alta para os serviços de APS ou para o subcomponente ambulatorial da AE	Relatório de contrarreferência realizado pela AH dos casos de alta para os serviços de AB ou para o subcomponente ambulatorial da AE	Melhoria da comunicação;		
		Articular, por meio do sistema de governança, as relações entre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos	Relações articuladas entre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos	Maior adesão dos profissionais às diretrizes clínicas;		
		Realizar encontros que facilitem a coordenação interna e entre os diferentes centros de tratamento e níveis de saúde	Encontros realizados para o desenvolvimento da coordenação interna e entre os diferentes centros de tratamento e níveis de saúde	Padronização de condutas clínicas;		
		Conceder incentivos financeiros, por meio do sistema de governança, para melhoria da coordenação em saúde entre os níveis de atenção	Incentivos financeiros concedidos por meio de do sistema de governança, para melhoria da coordenação em saúde entre os níveis de atenção	Redução duplicidade de condutas com o conhecimento da história de vida do usuário.		
		Realizar registro dos diabéticos por riscos e vulnerabilidade	Registro dos diabéticos feito de acordo com os riscos e vulnerabilidades	Maior satisfação dos usuários com a assistência recebida;		

COMPONENTES	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS DE CURTO E MÉDIO PRAZO	RESULTADOS DE LONGO PRAZO	IMPACTO
COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA	Recursos Humanos Suficientes e capacitados Recursos Financeiros Suficientes e administrados de forma adequada Recursos Materiais Internet, móveis, telefones, veículos, protocolos, computadores, impressora, prontuários e materiais impressos.	Realizar orientação para o portador de DM com relação à continuidade assistencial	Orientação realizada ao portador de DM com relação à continuidade assistencial	Aumento da satisfação dos usuários com a atenção recebida;	Menos desperdícios nos recursos com a redução de gastos desnecessários; Melhor desempenho da equipe profissional; Maior satisfação dos envolvidos na intervenção; Melhor comunicação entre níveis de atenção; Melhor desempenho do sistema de atenção; -	Atenção integrada ao portador de diabetes mellitus tipo II com acesso equitativo e em tempo oportuno
		Encaminhar por meio da APS para a AE os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos em função de complicações da DM	Encaminhamentos realizados pela APS para a AE dos casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos em função de complicações da DM	Facilidade na transição entre os níveis de atenção;		
		Encaminhar para AH, por meio da APS ou AE, casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnóstico ou internação, em função de complicações da DM	Encaminhamentos realizados pela APS ou AE para a AH, dos casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnóstico ou internação, em função de complicações da DM	Melhoria na comunicação;		
		Realizar comunicação entre os pontos de atenção no momento da transferência do paciente	Comunicação realizada entre os pontos de atenção, desde o nível que transfere ao responsável pelo seguimento	Acesso ordenado e em tempo oportuno;		
		Realizar por meio da APS a coordenação do cuidado dos pacientes referenciados para outros níveis de atenção	Pacientes com coordenação do cuidado realizada pela APS referenciados para os outros níveis de atenção	Melhora no diagnóstico;		
		Realizar por meio da APS a gestão do caso do portador do DM ao longo contínuo assistencial	Portadores de DM com gestão do caso realizada pela APS ao longo contínuo assistencial	Maior satisfação dos profissionais;		
				Melhor qualidade da atenção em saúde;		

COMPONENTES	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS DE CURTO E MÉDIO PRAZO	RESULTADOS DE LONGO PRAZO	IMPACTO
COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA	Recursos Humanos Suficientes e capacitados	Realizar apoio matricial às equipes de APS por meio da AE, presencialmente ou por meio de ferramentas de teleassistência e teleducação	Apoio matricial às equipes de APS realizado pela AE, presencialmente ou por meio de ferramentas de teleassistência e teleducação	Melhoria na qualidade da atenção em saúde;	Menos desperdícios nos recursos com a redução de gastos desnecessários;	Atenção integrada ao portador de diabetes mellitus tipo II com acesso equitativo e em tempo oportuno
		Desenvolver plano de cuidado compartilhado sob a coordenação da APS/ESF para os portadores DM encaminhados para outros níveis de atenção	Planos de cuidados realizados e compartilhados sob a coordenação da APS/ESF para os portadores DM encaminhados para outros níveis de atenção	Melhoria no diagnóstico; Melhoria na comunicação;		
	Recursos Financeiros Suficientes e administrados de forma adequada	Realizar gestão compartilhada dos portadores de DM entre as equipes NASF/ SAD com a ESF	Gestão compartilhada entre as equipes NASF/ SAD/ESF realizada	Padronização de condutas clínicas;	Maior satisfação dos envolvidos na intervenção;	
		Recursos Materiais Internet, móveis, telefones, veículos, protocolos, computadores, impressora, prontuários e materiais impressos.	Prestar apoio matricial às equipes de APS por meio das equipes NASF/SAD	Apoio matricial às equipes de APS realizado pelas equipes NASF/SAD	Melhor monitoramento do tratamento;	
	Possuir responsável clínico pelo seguimento do paciente por meio de da APS		Existência do responsável clínico pelo seguimento do paciente por meio de da APS	Redução de duplicidade de condutas;	Melhor desempenho do sistema de atenção;	
	Realizar consulta de seguimento em tempo oportuno depois da transferência		Consulta realizada de segmento em tempo oportuno após transferência	Maior satisfação dos usuários;		
				Garantia do seguimento do portador de DM dentro da RISS;		

COMPONENTES	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS DE CURTO E MÉDIO PRAZO	RESULTADOS DE LONGO PRAZO	IMPACTO
COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA	Recursos Humanos Suficientes e capacitados Recursos Financeiros Suficientes e administrados de forma adequada Recursos Materiais Internet, móveis, telefones, veículos, protocolos, computadores, impressora, prontuários e materiais impressos.	Realizar o agendamento de consultas dos portadores de DM na transição entre níveis	Consultas agendadas dos portadores de DM agendadas	Melhoria na comunicação; Melhoria na qualidade da atenção em saúde; Acesso ordenado e em tempo oportuno de acordo com a necessidade de cada usuário; Garantia do seguimento do portador de DM dentro da RISS; Maior satisfação dos usuários.	Menos desperdícios nos recursos com a redução de gastos desnecessários; Melhor desempenho da equipe profissional; Maior satisfação dos envolvidos na intervenção; Melhor comunicação entre níveis de atenção; Melhor desempenho do sistema de atenção;	Atenção integrada ao portador de diabetes mellitus tipo II com acesso equitativo e em tempo oportuno
		Realizar o agendamento de exames complementares dos portadores de DM na transição entre níveis de atenção	Exames complementares agendados dos portadores de DM agendados			
		Viabilizar mecanismos de acesso entre níveis de forma equitativa, transparente e com segurança	Mecanismos de acesso entre níveis viabilizados de forma equitativa, transparente e com segurança			
		Criar mecanismos de lembretes oportunos para portadores de DM avisando dia/horário de consultas/exames, p.e. SMS.	Existência de mecanismos de lembretes oportunos para portadores de DM avisando dia/hora de consultas/exames providenciados			
		Elaborar protocolos de acessos à RISS	Protocolos de acessos à RISS elaborados			
		Atualizar os protocolos de acessos à RISS	Protocolos atualizados de acessos à RISS atualizados mensalmente			
		Realizar estratégias para fomentar o uso e a qualificação das informações dos portadores de DM entre os diferentes níveis de atenção	Estratégias realizadas para fomentar o uso e a qualificação das informações dos portadores de DM entre os diferentes níveis de atenção incentivados			

Apêndice2 Matriz de análise e julgamento da Coordenação da Atenção na RISS ao portador de DM2 em dois municípios de Pernambuco, Brasil.

COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Transferência da informação	1-Existência de formulário ou ficha para cadastro dos portadores de DM	Possuir formulário ou ficha de cadastro para todos os usuários portadores de DM	0-Ausência ficha para cadastro dos portadores de DM; 1- Possui ficha para cadastro dos portadores de DM.
		2-Existência de protocolo ou mapas para estratificação de risco e vulnerabilidade dos portadores de DM	Possuir protocolo ou mapas para realização da estratificação de portadores de DM por risco e vulnerabilidade	0- Ausência de protocolo ou mapas para a estratificação de portadores de DM por risco e vulnerabilidade; 1,5- Possui protocolo ou mapas para a estratificação de portadores de DM por risco e vulnerabilidade.
		3-Existência de protocolo ou ficha para realização em referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção	Possuir protocolo ou ficha para realização referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção	0- Ausência de protocolo/ficha para realização de referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção; 1 - Possui protocolo/ficha para realização de referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção.
		4-Existência de meios de transferência de informações como telefone, computadores com internet, etc.	Possuir telefone, computadores com internet, etc. para realização de transferência de informações a outros níveis assistenciais.	0- Ausência de meios de transferência de informações entre níveis; 1,5- Possui meios de transferência de informações a outros níveis assistenciais
		5-Existência de prontuário médico eletrônico	Possuir prontuário médico computadorizado que possa ser acessado em todos os níveis	0- Ausência de prontuário médico eletrônico; 1- Possui de prontuário médico eletrônico, mas não é acessível a todos os níveis; 2- Possui de prontuário médico eletrônico acessível a todos os níveis.

COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
PROCESSO	Transferência da informação	15-Realização de cadastro dos portadores de DM	Equipe realiza cadastro dos portadores de DM e mantém os dados atualizados nos sistemas de informação (SI)	0- A equipe não realiza cadastro; 1- A equipe realiza cadastro, mas não atualiza os dados nos SI; 2- A equipe realiza cadastro e mantém os dados atualizados nos SI.
		16-Realização de estratificação de risco e vulnerabilidade dos portadores de DM	Os profissionais realizam a estratificação de risco e vulnerabilidade dos portadores de DM e utilizam essas informações na condução do caso	0- Os profissionais não estratificam os portadores de DM por risco e vulnerabilidade; 1- Os profissionais estratificam os portadores de DM por risco e vulnerabilidade; 3- Os profissionais estratificam os portadores de DM por risco e vulnerabilidade e utilizam as informações na condução do caso.
		17-Percentual de profissionais que inserem informações dos portadores de DM nos sistemas de informação	$\geq 80\%$ dos profissionais inserem informações dos portadores de DM nos sistemas de informação (SI)	0- $\leq 49\%$ dos profissionais inserem informações dos portadores de DM nos SI; 1- 50 a 79% dos profissionais inserem informações dos portadores de DM nos SI; 2- $\geq 80\%$ dos profissionais inserem informações dos portadores de DM nos SI.
		18-Percentual de profissionais que realizam a referência para os demais níveis assistenciais quando necessário	$\geq 90\%$ dos profissionais realizam a referência para os demais níveis assistenciais quando necessário	0 - $\leq 59\%$ dos profissionais realizam a referência para outros níveis assistenciais; 1 - 60 a 89% dos profissionais realizam a referência para outros níveis assistenciais; 3 - $\geq 90\%$ dos profissionais realizam a referência para outros níveis assistenciais.
		19-Percentual de profissionais que utilizam protocolo ou ficha para realização de referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção	$\geq 80\%$ dos profissionais utilizam o protocolo ou ficha para realização de referências do usuário portador de DM para outros níveis de atenção	0- $\leq 49\%$ dos profissionais utilizam protocolo/ficha para realização de referências do usuário portador de DM para outros níveis de atenção; 1- 50% e 79% dos profissionais utilizam protocolo/ficha para realização de referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção; 2- $\geq 80\%$ dos profissionais utilizam protocolo/ficha para realização de referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção.

COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
PROCESSO	Transferência da informação	20-Percentual de profissionais que recebem o relatório de alta hospitalar	≥80% dos profissionais recebem da AE o relatório de alta hospitalar.	0- ≤49% dos profissionais recebem o relatório de alta hospitalar da AE; 1- 50 a 79% dos profissionais recebem o relatório de alta hospitalar da AE; 3- ≥80% dos profissionais recebem o relatório de alta hospitalar da AE.
		21-Percentual de profissionais que recebem contrarreferência dos demais níveis assistenciais	≥80% dos profissionais recebem a contrarreferência dos demais níveis assistenciais	0- ≤49% dos profissionais recebem a contrarreferência dos demais níveis assistenciais; 1-50% e 79% dos profissionais recebem a contrarreferência dos demais níveis assistenciais; 3- ≥80% dos profissionais recebem a contrarreferência dos demais níveis assistenciais
	Transferência da informação	22-Percentual de profissionais que recebem relatório/ficha de contrarreferência preenchida	≥80% dos profissionais recebem o relatório/ficha de contrarreferência preenchida	0 - ≤ 49% dos profissionais recebem relatório/ficha de contrarreferência preenchida; 1 - 50% a 79% dos profissionais recebem o relatório/ficha de contrarreferência preenchida; 2 - ≥80% os profissionais o relatório/ficha de contrarreferência preenchida.
		23-Percentual de profissionais que preenchem relatório/ficha de referência	≥80% dos profissionais preenchem o relatório/ficha de referência	0 - ≤49% dos profissionais preenchem o relatório/ficha de referência; 1 - 50% a 79% dos profissionais preenchem o relatório/ficha de referência; 2 - ≥80% dos profissionais preenchem o relatório/ficha de referência.
		24-Percentual de profissionais que trocam informações sobre os pacientes que atendem em comum	≥80% dos profissionais da APS trocam informações com profissionais de outros níveis de atenção sobre os pacientes que atendem em comum	0- ≤49% dos profissionais trocam informações sobre os pacientes que atendem em comum; 1-50% a 79% dos profissionais trocam informações sobre os pacientes que atendem em comum; 3-≥80% dos profissionais trocam informações sobre os pacientes que atendem em comum.

COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
PROCESSO	Transferência da informação	25-Existência de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais	Os profissionais realizam encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais	0 – Ausência de encontros que facilitem a transferência da informação entre os níveis assistenciais; 2- Realização de encontros que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais.
		26-Percentual de profissionais que participam de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais	≥70% dos profissionais participam de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais	0 – ≤49% dos profissionais participam das reuniões para transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais; 1- 50% a 69% dos profissionais participam das reuniões para facilitar a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais; 2- ≥70% dos profissionais participam das reuniões para transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais.
	Uso da Informação	27-Percentual de profissionais que consultam as informações transferidas	≥80% dos profissionais consultam as informações transferidas	0- ≤49% dos profissionais consultam as informações transferidas; 1-50% a 79% dos profissionais consultam as informações transferidas; 2- ≥80% dos profissionais consultam as informações transferidas.
		28-Percentual de profissionais que incorporam as informações transferidas à prática clínica	≥80% dos profissionais incorporam as informações transferidas à prática clínica das vezes	0- ≤49% dos profissionais incorporam as informações transferidas à prática clínica; 1- 50% a 70% dos profissionais incorporam as informações transferidas à prática clínica; 3- ≥80% dos profissionais incorporam as informações transferidas à prática clínica.

COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Coerência da atenção	6-Existência de protocolos/guias de prática clínica compartilhados para os portadores de DM	Possui protocolos/guias de prática clínica compartilhados para os portadores de DM	Não= 0 Sim = 3
		7-Existência de guias de referência para os portadores de DM	Possui guias referência compartilhados para os portadores de DM	Não= 0 Sim = 2
		8-Existência de protocolo entre níveis de atenção para acompanhamento/tratamento do DM	Possui de protocolo padronizado entre os níveis de atenção para acompanhamento/tratamento do DM	Não= 0 Sim = 2
		9-Existência de plano de cuidado compartilhado com AE coordenado pela ESF	Possui plano de cuidados sob coordenação da ESF compartilhado com AE	Não= 0 Sim = 3
	Seguimento adequado do paciente	10-Existência de um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente entre os níveis de atenção	Possui responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente diabético	Não= 0 Sim = 3
	Acessibilidade entre níveis	11-Existência de profissionais na APS para atendimento ao portador de DM	Possuem profissionais na APS para atendimento ao portador de DM	Não= 0 Sim = 3
12-Existência de profissionais na AE para atendimento ao portador de DM		Possuem profissionais na AE para atendimento ao portador de DM	Não= 0 Sim = 3	

COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
PROCESSO	Coerência da atenção	29-Percentual de profissionais que conciliam os distintos tratamentos indicados pelos profissionais dos diferentes níveis assistenciais	$\geq 80\%$ dos profissionais conciliam os distintos tratamentos indicados pelos profissionais dos diferentes níveis assistenciais	0- $\leq 49\%$ dos profissionais conciliam os distintos tratamentos indicados pelos profissionais dos diferentes níveis assistenciais; 1- 50% a 79% os profissionais conciliam os distintos tratamentos indicados pelos profissionais dos diferentes níveis assistenciais; 3- $\geq 80\%$ dos profissionais conciliam os distintos tratamentos indicados pelos profissionais dos diferentes níveis assistenciais.
		30-Existência de sessões clínicas compartilhadas entre os profissionais da APS e AE	Os profissionais da APS e AE realizam sessões clínicas compartilhadas	0 – Ausência de sessões clínicas compartilhadas 3- Realização de sessões clínicas compartilhadas
		31-Percentual de profissionais que participam de sessões clínicas/reuniões para facilitar a coordenação da informação entre níveis	$\geq 70\%$ dos profissionais participam das sessões clínicas/reuniões para facilitar a coordenação da informação entre níveis	0 - $\leq 49\%$ dos profissionais participam das sessões clínicas/reuniões para facilitar a coordenação da informação entre níveis; 1- 50 a 69% dos profissionais participam das sessões clínicas/reuniões para facilitar a coordenação da informação entre níveis; 3- $\geq 70\%$ dos profissionais participam das sessões clínicas/reuniões para facilitar a coordenação da informação entre níveis
		32-Percentual de profissionais da APS que consultam os profissionais da AE para realizar a gestão do caso	$\geq 80\%$ dos profissionais da APS consultam os profissionais da AE para realizar a gestão do caso	0 - $\leq 49\%$ dos profissionais da APS consultam os profissionais da AE para realizar a gestão do caso; 1- 50 - 79% dos profissionais da APS consultam os profissionais da AE para realizar gestão do caso; 3- $\geq 80\%$ os profissionais da APS consultam os profissionais da AE para realizar gestão do caso.

COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
PROCESSO	Coerência da atenção	33-Percentual de profissionais da APS que são consultados por profissionais da AE para realizar a gestão do caso	≥80% dos profissionais da APS são consultados por profissionais da AE para realizar a gestão do caso	0- ≤49% dos profissionais da APS são consultados por profissionais da AE para realizar a gestão do caso; 1- 50 -79% os profissionais da APS são consultados por profissionais da AE para realizar gestão do caso; 3- ≥80% dos profissionais da APS são consultados por profissionais da AE para realizar gestão do caso.
		34-Existência de gestão compartilhada dos casos necessários entre NASF/SAD com ESF	Possui gestão compartilhada realizada entre NASF/SAD com ESF	Não= 0 Sim = 3
		35-Existência de duplicação de provas diagnósticas, consultas, medicamentos contraindicados, etc. entre níveis assistenciais.	Raramente ocorre duplicação de provas diagnósticas, consultas, medicamentos contraindicados, etc.	0- a duplicação de consultas, exames, etc. ocorre frequentemente; 1-a duplicação de consultas, exames, etc. ocorre em alguns casos; 3- a duplicação de consultas, exames, etc. raramente ocorre.
	Seguimento adequado do paciente	36-Frequência de comunicação no momento da transferência desde o nível que transfere ao que vai dar seguimento.	Frequentemente há comunicação no momento da transferência entre os profissionais do nível transfere com os do nível que vai dar seguimento	0- a comunicação no momento da transferência entre profissionais do nível que transfere com os do que dará seguimento quase nunca/nunca ocorre; 1- a comunicação no momento da transferência entre profissionais do nível que transfere com os do que dará seguimento ocorre em alguns casos 3-a comunicação no momento da transferência entre profissionais do nível que transfere com os do que dará seguimento ocorre frequentemente
		37-Existência de consulta de seguimento com o responsável pelo paciente depois da transferência entre níveis	Possui consulta de seguimento com o responsável pelo paciente depois da transferência entre níveis	Não= 0 Sim = 3

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Existência de mecanismos	13-Existência de central de marcação de consultas e exames	Possui de central de marcação de consultas e exames	Não= 0 Sim = 2
		14-Existência de fluxos assistenciais entre níveis definidos para o portador de DM	Possui fluxos assistenciais entre níveis definidos para o portador de DM	Não= 0 Sim = 2
PROCESSO	Referência administrativa	38-Existência do agendamento de consultas para o portador de DM segundo critérios de risco e vulnerabilidade	Realiza agendamento de consultas e exames para portador de DM segundo critérios de risco e vulnerabilidade	0- ausência de agendamento de consultas para portador de DM; 1- agendamento de consultas para portador de DM sem priorizar o risco e a vulnerabilidade; 3- agendamento de consultas para portador de DM priorizando o risco e a vulnerabilidade
		39-Existência de agendamento de exames complementares para o portador de DM segundo critérios de risco e vulnerabilidade	Realiza agendamento de exames para portador de DM segundo critérios de risco e vulnerabilidade	0- ausência de agendamento de exames para portador de DM; 1- agendamento de exames para portador de DM sem priorizar o risco e a vulnerabilidade; 3- agendamento de exames para portador de DM priorizando o risco e a vulnerabilidade
	Ordenação do acesso	40-Existência de programação de consulta na APS para pacientes diabéticos quando são contra referenciados pela AE	Realiza consultas programadas na APS os pacientes diabéticos quando são contra referenciados pela AE	Não= 0 Sim = 3

Apêndice 3

Matriz de análise do contexto político organizacional da implantação da CA na RISS ao portador de DM2

CATEGORIA	CRITÉRIOS	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PARÂMETRO (CONTEXTO FAVORÁVEL)
Projeto de Governo	Suficiência de recursos para o atendimento do portador de DM2 e favorecimento da CA na RISS	Observação direta + Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Os entrevistados julgam suficientes os recursos existentes e aplicados na RISS quanto o atendimento do portador de DM2 e favorecimento da CA na RISS
	A DM considerada uma prioridade política	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Entrevistados conhecem a DM como um problema de saúde pública e consideram que as ações e serviços da RISS devem priorizar os portadores de DM.
	CA na RISS é considerada uma prioridade entre os diferentes níveis assistenciais	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Entrevistados reconhecem a CA uma prioridade entre os diferentes níveis assistenciais para a continuação da atenção ao portador de DM2 na RISS
	Existência de mecanismos para CA entre os níveis de atenção na RISS	Observação direta + Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Presença de no mínimo um mecanismo para CA entre os níveis de atenção na RISS
	Presença de mecanismos que favoreçam os piores grupos	Observação direta + Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Presença de no mínimo um mecanismo para identificar e priorizar os piores grupos quanto à assistência em saúde na RISS
	Presença de mecanismos que favoreça o acesso dos portadores de DM2 às ações e serviços de saúde na RISS	Observação direta + Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Presença de no mínimo um mecanismo que favoreça o acesso dos portadores e DM2 às ações e serviços de saúde na RISS
	Existência de ações e serviços de saúde como forma de alcançar a equidade em saúde na	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Identificação de ações e serviços de saúde oferecidos diferentemente a pessoas que têm necessidades diferentes e o

	RISS		reconhecimento da equidade como instrumento de justiça para redução das desigualdades em saúde na RISS
Capacidade de Governo	Formação na área de saúde pública	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Entrevistados possuem formação na área de saúde pública ou áreas afins.
	Experiência Profissional (tempo de gestão)	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Entrevistados possuem experiência nas suas áreas de atuação de, pelo menos, um ano.
	Experiência anterior em gestão	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Entrevistados possuem experiência anteriores de gestão em saúde pública ou áreas afins
	Conhecimento sobre a RISS	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Atores favorecem a implantação quando apresentaram conhecimentos sobre a estruturação da RISS
	Percepção sobre o papel da APS na RISS	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Atores favorecem a implantação quando reconhecem que a APS deve ser responsável pela atenção à saúde dos usuários independentemente do nível de atenção, ordenando funcionamento da RISS
	Percepção sobre o papel da AE na RISS	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Atores favorecem a implantação quando reconhecem que a AE deve apoiar e complementar os serviços e ações da APS de forma resolutiva e em tempo oportuno
	Percepção do gestor sobre a CA	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Atores reconhecem a CA como interação entre profissionais provedores por meio de das diferentes atividades que se requer para atender ao paciente no decorrer do seu contínuo assistencial
	Existência de ações planejadas em articulação com outros setores para promover a CA na	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Ações são planejadas em articulação entre os níveis assistenciais que dão robustez ao planejado e podem favorecer

	RISS		a implantação da CA na RISS ao portador de DM2
Governabilidade	Presença de integração dos profissionais e gestores no favorecimento da CA na RISS	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Compartilhamento de informações entre os profissionais em seus diferentes níveis para o provimento da atenção em saúde ao portador de DM2 favorecendo a implantação da CA na RISS
	Percepção da relação da gestão com a APS e/ou AE	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Entrevistados reconhecem que a gestão municipal possui boa relação com os profissionais da APS e/ou AE se colocando disponível sempre que necessário
	Contribuição da gestão para realização da CA na RISS	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Entrevistados reconhecem que a gestão municipal tem apoiado ações que favoreçam a CA na RISS ao portador de DM2
	Presença de autonomia para gerir as ações	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Entrevistados possuem autonomia para gerir as ações e serviços de saúde na RISS ao portador de DM2
	Presença de investimento para melhoria da atenção ao DM2 na RISS em RH, financeiros e materiais	Observação direta + Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Houve investimento em recursos humanos (aumento e qualificação de recursos humanos), financeiros e materiais para a atenção ao portador DM2 na RISS, de modo a favorecer a implantação da CA
	Inclusão na agenda política	Entrevistas com gestores da RISS ao portador de DM2	Entrevistados conhecem a DM como um problema de saúde pública e consideram que as ações e serviços da RISS devem priorizar os portadores de DM.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa “Avaliação com foco na equidade da Rede Integrada de Serviços de Saúde do diabetes mellitus tipo II em dois municípios do estado de Pernambuco”, que está sob a responsabilidade da pesquisadora: Greciane Soares da Silva podendo ser encontrada no endereço Rua Jornalista Edmundo Bittencourt, 75 – 6º andar, Recife –PE, CEP: 50.070-590, Telefone: (81) 99666-2021 ou (81) 99208 9306. Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

O estudo tem como objetivo realizar uma avaliação da Rede Integrada de Serviços de Saúde, possuindo como traçador o diabetes mellitus II. A pesquisa se dará em dois municípios de Pernambuco, Caruaru e em Recife (Distritos Sanitários III - microrregião 3.2 e VI - microrregião 6.2). Para isso, serão realizadas entrevistas com os profissionais de saúde dos serviços e com os usuários dos mesmos, reuniões em grupos com usuários dos serviços e também análise de documentos e observação direta dos serviços de saúde.

O risco da pesquisa é mínimo, podendo causar algum desconforto decorrente de revelar informações sobre os serviços de saúde, mas o Sr.(a) tem o direito de recusar a responder qualquer pergunta.

Não há benefício direto para o participante, contudo a pesquisa trará benefícios como o maior conhecimento sobre a assistência nos serviços, melhor compreensão das

fragilidades e limitações da rede de serviços além de fornecer informações importantes para a tomada de decisões que possam melhorar a qualidade deste tipo de assistência.

A entrevista será gravada e posteriormente será transcrita para o material poder ser analisado pela equipe da pesquisa. Após a realização da pesquisa os registros gravados e impressos (transcrições) serão destruídos.

Reforçamos que a sua participação é voluntária, podendo se recusar a responder quaisquer perguntas do questionário.

A sua contribuição será muito importante para o desenvolvimento da pesquisa e o senhor (a) tem garantido:

1. O direito de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento de qualquer dúvida acerca de todos os procedimentos e benefícios relacionados com a pesquisa.
2. A liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo sem que isto traga nenhum prejuízo à sua pessoa, nem custo algum ao participante.
3. A segurança de que não será identificado (a) em hipótese alguma e que será mantido o caráter confidencial da informação prestada.

Esclarecemos ainda que os resultados obtidos por esta pesquisa serão utilizados exclusivamente para publicações e encontros técnicos e científicos, tais como: artigos em revista científica, congressos, reuniões técnicas e científicas.

Se o Sr(a). tiver qualquer consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, por favor, entre em contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CEP-IMIP)** que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à **Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar, telefone (81)2122.4756, email: comitedeetica@imip.org.br**. O CEP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30hs e 13:30 às 16:00hs.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento em duas vias. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá permanecer com a pesquisadora responsável pela pesquisa.

Eu, _____ RGn° _____
_____, tendo recebido as informações necessárias e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Local e data _____

Assinatura do voluntário (a): _____

Assinatura do pesquisador (a): _____

Apêndice 5

Instrumento para avaliação da implantação da coordenação da atenção entre níveis da rede integrada de serviço de saúde ao portador de diabetes tipo II

Profissionais de Nível Superior da Atenção Primária à Saúde

PARTE I – IDENTIFICAÇÃO E CONTEXTO

Dados Gerais

- 1) Data da entrevista: ___/___/___
- 2) Hora de início da entrevista: ___:___:___
- 3) Hora de término da entrevista: ___:___:___
- 4) Entrevistado: Médico(a) Enfermeiro(a)
- 5) Nome completo: _____
- 6) Há quanto tempo trabalha na APS? _____
- 7) Há quanto tempo trabalha nesta ESF ou USF? _____
- 8) Maior titulação: Graduação; Especialização; Mestrado; Doutorado;
Outra: _____
- 9) Tipo de vínculo: Estatutário; Celetista; Contrato; Cargo comissionado

Caracterização

- 10) Nome desta Unidade de Saúde: _____
 - 11) A equipe está completa (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, ACS, odontólogo, ASB e outros quando for o caso)? Sim Não
11.1) Caso negativo, qual categoria profissional está faltando? _____

 - 12) Número de usuários portadores de diabetes cadastrados? _____
 - 13) Número de usuários portadores de diabetes acompanhados?

- População da área de abrangência: _____
- Número de famílias cadastradas pela ESF: _____

PARTE II – AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO

- 14) Existe na unidade protocolo ou a ficha de referência para realização do encaminhamento dos portadores de DM para outros níveis de atenção?
 Sim Não Não sabe
- 15) Existe na unidade protocolo padronizado para acompanhamento e tratamento do portador de DM **entre os níveis de atenção**?
 Sim Não Não sabe
- 16) A equipe possui um fluxograma de encaminhamento para realização da referência dos portadores de DM para outros níveis?
 Sim Não Não sabe
- 16.1) Em caso afirmativo, esse material foi confeccionado:
 Pela própria equipe;
 Pela Secretaria Municipal de Saúde;
 Pela secretaria Estadual de Saúde;
 Pelo Ministério da Saúde;
 Outro: _____
- 17) Existe fluxo assistencial definido para o portador de DM na rede integrada de saúde no município?
 Sim Não Não sabe
- 18) Existe na unidade relatório de contrarreferência ou resumo de alta hospitalar enviado pela Atenção Especializada (AE), nos casos de alta hospitalar dos pacientes portadores de DM?
 Sim Não Não sabe
- 19) A equipe dispõe de formulário, protocolo ou mapas para realizar a estratificação de risco e vulnerabilidade dos portadores de DM?
 Sim Não Não sabe Outros: _____
- 20) A equipe dispõe de materiais para realização de cadastro e atividades relacionadas à atenção aos portadores de DM?
 Sim Não Não sabe

20.1) Em caso afirmativo, qual (ais):

- Ficha A;
- Ficha B-DIA;
- Computador com internet (acesso ao SIAB, SIS-HIPERDIA);
- Computador sem internet;
- Prontuário de papel para todos os portadores de DM;
- Prontuário eletrônico para todos os portadores de DM;
- Cartão SUS;
- Impressora

Outros: _____

21) Qual (ais) mecanismo (s) ou ferramenta (s) de articulação a equipe dispõe para transferir as informações dos portadores de DM para os demais níveis?

- Computador;
- Computador com acesso à internet;
- Telefone institucional na unidade;
- Telefone móvel (celular) particular;
- Impressora;
- Prontuário eletrônico para todos os portadores de DM;
- Bilhete;
- Outros: _____

22) Qual (ais) mecanismo (s) ou ferramenta (s) de articulação **entre níveis de** atenção existem na rede de serviços?

- Formulário de referência;
- Formulário de contrarreferência;
- Resumo de alta hospitalar;
- Protocolos do Ministério da saúde compartilhados entre os níveis assistenciais;
- Sessões clínicas conjuntas de profissionais da APS e AE;
- Telefone institucional;
- Outros, quais? _____

- 23) A equipe dispõe de profissional (is) para realização do registro e atualização das informações concernentes ao portador de DM nos sistemas de informação?
 Sim Não
- 24) A equipe dispõe de profissional (is) responsável (is) em transferir para os demais níveis as informações concernentes ao portador de DM?
 Sim Não Se sim, qual profissional _____
- 25) A equipe dispõe de um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente entre os níveis de atenção?
 Sim Não Se sim, qual profissional _____
- 26) Na unidade de saúde existe um plano de cuidado **compartilhado** com AE, coordenado pela AB?
 Sim Não Sim, mas não compartilhado
- 27) A unidade de saúde possui um painel de monitoramento **atualizado** de indicadores sobre a situação de saúde dos portadores de DM?
 Sim Não Sim, mas não atualizado
- 28) Existe veículo disponível para realizar o transporte de pacientes com DM quando necessário (Ex. portadores em TRS)
 Sim Não Não sabe
- 28.1) Em caso afirmativo, esses veículos estão em quantidade suficiente para realização deste transporte?
 Sim Não
- 28.1.2) Neste deslocamento, há acompanhamento de uma equipe qualificada junto ao portador de DM?
 Sim Não
- 28.1.3) A equipe dispõe de motorista qualificado para realizar o transporte de pacientes portadores de DM quando necessário?
 Sim Não
- 29) Na unidade existe uma sala ou local específico para realização de sessões clínicas ou reuniões para facilitar a coordenação da informação entre níveis?
 Sim Não

30) A equipe dispõe de central de marcação para consultas e exames dos portadores e DM?

Sim Não

30.1) Caso afirmativo, você considera que a quantidade de exames solicitados é suficiente para atender a demanda desta unidade?

Sim Não

30.1.1) Os resultados dos exames solicitados chega em tempo oportuno?

Sim Não

30.1.1.1) Para você qual o tempo seria oportuno para o recebimento dos exames? _____

31) A equipe possui referência para encaminhamento dos portadores de DM que necessitem de AE?

Sim Não

31.1) Em caso afirmativo, qual (ais): _____

32) A equipe possui referência para Serviço de atendimento Domiciliar(SAD) aos portadores de DM que necessitem desse cuidado?

Sim Não Não sabe

32.1) Em caso afirmativo, qual (ais): _____

33) A equipe possui referência para que os portadores de DM realizem atividades corporais (Ex. Academia da Cidade)?

Sim Não

33.1) Em caso afirmativo, qual (ais): _____

34) A equipe possui referência para que os portadores de DM pratiquem atividades integrativas e complementares (Ex. fitoterapia, acupuntura)?

Sim Não

34.1) Em caso afirmativo, qual (ais): _____

35) A equipe possui algum profissional de apoio territorial para facilitar a articulação (e comunicação) **entre** os profissionais da APS e os da AE?

Sim Não Não sabe

PARTE II – AVALIAÇÃO DO PROCESSO

36) Você recebe relatório de contrareferência enviado pela AE dos pacientes que receberam alta hospitalar?

Sim Não

37) Você encaminha os usuários portadores de DM à AE quando necessário?

Sim Não

37.1) Caso afirmativo, neste encaminhamento você utiliza algum instrumento ou protocolo?

Sim Não

37.1.1) Se Sim, qual? _____

38) Você realiza a estratificação de risco e vulnerabilidade dos portadores de DM?

Sim Não

38.1) Caso afirmativo, de que forma? _____

38.1) Caso afirmativo, você utiliza as informações contidas na estratificação de risco e vulnerabilidade dos portadores de DM para realizar o atendimento destes pacientes?

Sim Não

39) A equipe realiza o cadastro completo dos portadores de DM?

Sim Não

39.1) Caso afirmativo, você utiliza as informações contidas no cadastro dos portadores de DM para realizar o atendimento destes pacientes?

Sim Não

40) A equipe realiza registro das atividades realizadas nos portadores de DM?

Sim Não

40.1) Caso afirmativo, de que forma? _____

41) Você e os profissionais da AE trocam informações sobre os usuários que atendem em comum? (diagnóstico, tratamentos, exames)?

Sim Não

42) Você **sempre** está de acordo com o tratamento proposto pela AE para os usuários de DM?

Sim Não

42.1) Caso negativo, você muda o tratamento proposto pela AE?

Sim Não

- 43) Você repete os exames que os profissionais de outros níveis realizam?
 Sim Não
- 44) Os profissionais da APS são responsáveis pelo acompanhamento do usuário em sua trajetória nos diferentes níveis assistenciais, sendo assim o responsável clínico?
 Sim Não
44.1) Caso afirmativo, qual profissional? _____
- 45) Depois que o usuário é atendido na AE, o mesmo retorna para consulta com o profissional da APS?
 Sim Não
- 46) Você acredita que a atenção entre os profissionais da APS e AE na rede é articulada?
 Sim Não
- 47) Você realiza a coordenação do seguimento do usuário portador de DM entre os diferentes níveis de atenção, sendo assim o responsável clínico?
 Sim Não
- 48) Os profissionais da APS inserem as informações dos portadores de DM nos sistemas de informação?
 Sim Não
48.1) Caso afirmativo, esta inserção está atualizada?
 Sim Não
- 49) Você realiza o monitoramento dos indicadores sobre a situação de saúde dos portadores de DM
 Sim Não
49.1) Caso afirmativo, de que forma? _____
- 50) Você participa de sessões clínicas conjuntas com os profissionais da AE para direcionamento do tratamento dos usuários portadores de DM?
 Sim Não
50.1) Caso afirmativo, qual frequência dessas sessões? _____
- 51) Os gerentes e gestores facilitam o processo de articulação entre a APS e AE para o tratamento dos portadores de DM?
 Sim Não
51.1) Caso afirmativo, de que forma? _____

Apêndice 6

Roteiro da entrevista individual com profissionais e gestores da rede sobre coordenação da atenção entre níveis assistenciais.

PERGUNTA CONDUTORA

“Como acontece a coordenação da atenção ao portador de DM entre os diferentes níveis de atenção da RISS deste município?”

DADOS GERAIS

Data da entrevista: ___/___/___

Hora de início da entrevista: ___:___:___

Hora de término da entrevista: ___:___:___

Nome completo: _____

Sexo: () M () F

Naturalidade: _____

Há quanto tempo trabalha neste cargo? _____

Há quanto tempo trabalha com saúde pública? _____

Possui outras experiências em gestão? Se sim qual (ais) _____

Grau de escolaridade: Graduação; Especialização; Mestrado; Doutorado;

Outra: _____

Tipo de vínculo: _____

Telefone: _____

COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO ENTRE NÍVEIS ASSISTENCIAIS DA REDE

Como está estruturada a rede integrada de serviços de saúde deste município para o atendimento ao portador de DM (como a rede é constituída; a rede proposta favorece a coordenação da atenção; favorece os piores grupos? De que forma? Quais os principais obstáculos; quais as principais facilidades)?

Qual o papel da APS na atenção de um portador de DM? E da AE? (quais as principais facilidades e dificuldades encontradas em cada nível assistencial e entre níveis; a APS desempenha um papel coordenador nesta atenção; o que pode melhorar);

A DM é considerada uma prioridade para APS? De que forma? E para AE? De que forma?

Como se dá o fluxo do portador de DM na RISS, desde a APS até a AE? E como deveria ser? (quais as principais dificuldades encontradas na atenção entre níveis).

Como se dá o acesso do portador de DM à AE?(facilidades; dificuldades);

Como é a relação da gestão com a APS e AE?

Quem é o responsável clínico pela coordenação da atenção ao paciente entre níveis assistenciais?

Como você percebe a coordenação da atenção entre os níveis de atenção na Rede? Existe comunicação da APS com AE para realizar o cuidado do portador de DM? De que forma a gestão contribui para a realização da coordenação da atenção entre os níveis assistenciais?

Quais os fatores contextuais que favorecem a coordenação da atenção entre os níveis de atenção na Rede? (os fatores contextuais que desfavorecem)

Quais os mecanismos existentes que cooperam na comunicação entre níveis assistenciais?
Quais as dificuldades encontradas na coordenação da atenção entre os níveis assistenciais (facilidades e dificuldades no uso dos mecanismos; presença de mecanismos que favoreçam os piores grupos)?

Você considera que a coordenação da atenção ao portador de DM entre os diferentes níveis de atenção é uma prioridade no município?

Há algo que deseja falar e que não abordamos sobre a coordenação da atenção ao portador de DM entre os diferentes níveis de atenção da RISS deste município?

Apêndice 7

Roteiro de entrevista com os usuários da RISS

Data: _____

Município: _____

Hora de início: _____

Hora de finalização: _____

PERGUNTA CONDUTORA

“Como e o que aconteceu com você na busca pelo cuidado da diabetes e, depois, quando descobriu a necessidade de realizar a TRS na RISS até os dias de hoje?”.

I – PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

Nome: _____

Naturalidade: _____

Idade: _____

Sexo: () M () F

Grau de escolaridade: _____

Origem da renda familiar e o valor mensal aproximado: _____

Localidade onde reside: _____

Quantas pessoas moram no domicílio: _____

Há quanto tempo sabe que tem Diabetes Mellitus (DM)? _____

Há quanto tempo faz tratamento nesta unidade de atendimento? _____

Possui algum plano de saúde: _____ Qual: _____

Telefone e e-mail para contato:

II – CONHECIMENTO SOBRE O DIABETES MELLITUS E RECONSTRUÇÃO DA TRAJETÓRIA ASSISTENCIAL

Objetivo:

- **Conhecer a experiência da transição entre os níveis assistenciais (aprofundar nos seguintes aspectos: encaminhamentos aos especialistas – consultas externas, atenção em casos de urgência e emergência após ser atendido no primeiro nível de atenção; orientações recebidas pelos profissionais; solicitação de exames diagnóstico; marcação de consultas; tempo de espera)**

O que é a DM para o (a) Sr (a)?

Como o (a) Sr (a) descobriu que estava com DM? Como começou e quem lhe deu o diagnóstico?

Com quanto tempo após saber que tinha DM o (a) Sr (a) descobriu que tinha nefropatia diabética?

Além deste tratamento o (a) Sr (a) faz tratamento em algum outro local? (motivos)

Como foi sua experiência com serviços de saúde utilizados para esta doença?

O que mudou em sua vida depois que descobriu que tinha DM? (Trabalho, alimentação, cuidados pessoais, mobilidade, sociabilidade)

Como o (a) Sr (a) passou a cuidar de sua saúde?

III – CONHECIMENTO SOBRE O ACESSO ENTRE NÍVEIS

Objetivo:

- **Conhecer a percepção do acesso à atenção sem interrupções em tempo oportuno e de forma equitativa**

Quando necessita de cuidados o (a) Sr (a) procura quem? Quem ajuda o (a) Sr (a) a cuidar de sua saúde? (Perceber qual foi a porta de entrada para os serviços; presença das redes sociais de apoio no cuidado do DM)

O (a) Sr (a) participa de algum programa ou grupo que aborde assuntos relacionados com esta doença?

O (a) Sr (a) já teve alguma internação devido a esta doença? Como se deu este processo?

O (a) Sr (a) encontra ou encontrou alguma dificuldade para usar os serviços de saúde? Quais? O que fez o (a) Sr (a) fazer diante dessas dificuldades?

Qual o meio de transporte que o (a) Sr (a) utiliza para dar continuidade ao seu tratamento?

Quais as facilidades que o (a) Sr (a) encontra para usar os serviços de saúde?

Para o (a) Sr (a) o que poderia melhorar para poder ter acesso e usar os serviços de saúde?

III – CONHECIMENTO DA CONTINUIDADE ENTRE OS NÍVEIS

Objetivo:

- **Conhecer a percepção da continuidade entre os níveis assistenciais (aprofundar nos seguintes aspectos: colaboração entre os profissionais; consistência dos tratamentos; seguimento adequado às suas necessidades; acessibilidade à informação, programação prévia e referência a unidade, percepção da utilização dos mecanismos de comunicação e informação)**

Como o (a) Sr (a) foi encaminhado para realizar a terapia renal substitutiva? (aprofundar no encaminhamento ao especialista; solicitação de exames clínicos laboratoriais e radiológicos; os mecanismos para conseguir atendimento nesses serviços)

O (a) Sr (a) sempre foi atendido pelos mesmos profissionais ou houve trocas? O (a) Sr (a) acredita que isto pode influenciar no seu tratamento? Por quê? (De que forma)

O (a) Sr (a) recebeu todas as informações necessárias para continuar seu tratamento? O que poderia melhorar?

Na continuação de seu tratamento o (a) Sr (a) percebeu que os profissionais da APS (ESF, USF, posto de saúde,) se comunicavam com os especialistas sobre sua doença? Por quê (De que forma)? O que deve ser melhorado?

Quando descobriu que estava com DM quais as orientações e advertências médicas que o (a) Sr (a) recebeu desta doença? Foram feitas perguntas sobre sua situação socioeconômica e cultural (ex. onde mora, quantas pessoas moram com você, renda mensal, principal meio de transporte utilizado, escolaridade sua e de sua família, como você se mantém informado, lazer preferido entre outros)

Qual a sua opinião a respeito da informação que os profissionais lhe dão quando o (a) Sr (a) é atendido (compreensão, interesse, importância, facilidade no tratamento)? O que pode ser melhorado? (Perceber a existência de contradições no tratamento entre os profissionais, informação e exames diagnósticos, presença de abertura para diálogo e participação na conduta adotada)

O (a) Sr (a) sente-se confiante diante das informações passadas, permitindo-lhe fazer escolhas esclarecidas? Por quê?

O (a) Sr (a) recebe apoio domiciliar e treinamento em autocuidado que lhe deixa mais independente e confiante para cuidar da sua condição de saúde? Quem faz isso?

Como é a sua relação com os profissionais que cuidam de sua doença (aprofundar confiança, interesse e informação e distinguir generalistas e especialistas)? O poderia melhorar?

Anexo 1 - Parecer Nacional de Ética e Pesquisa



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO COM FOCO NA EQUIDADE DA REDE INTEGRADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO DIABETES MELLITUS TIPO II EM DOIS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Pesquisador: Greiciane Soares da Silva

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53205216.8.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.452.998

Apresentação do Projeto:

Bem apresentado e elaborado o projeto que visa a obtenção do grau de Doutora em Saúde Internacional

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar, com foco na equidade, a implantação e contribuição da Rede Integrada de Serviços de Saúde do Diabetes Mellitus tipo II em dois municípios no estado de Pernambuco

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O risco da pesquisa é mínimo, podendo causar algum desconforto decorrente de revelar informações sobre os serviços de saúde, mas o participante tem o direito de recusar a responder qualquer pergunta. Não há benefício direto para o participante, contudo a pesquisa trará benefícios como o maior conhecimento sobre a assistência nos serviços, melhor compreensão das fragilidades e limitações da rede de serviços além de fornecer informações importantes para a tomada de decisões que possam melhorar a qualidade deste tipo de assistência

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto muito bem elaborado tecnicamente e eticamente.

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-550

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 1.452.998

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados satisfazem os requisitos

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado sem pendências ou inadequações

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado. Enviar relatório final ao Comitê de Ética

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_616063.pdf	15/02/2016 13:56:19		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROTOCO_GRECIANE_JANEIRO_2016.docx	15/02/2016 13:53:41	Greciane Soares da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	15/02/2016 13:46:11	Greciane Soares da Silva	Aceito
Outros	Anuencia_Recife_Digitalizacao.pdf	15/02/2016 13:32:47	Greciane Soares da Silva	Aceito
Outros	Anuencia_Caruaru_Digitalizacao.pdf	15/02/2016 13:29:18	Greciane Soares da Silva	Aceito
Outros	CurriculosLattes_IsabellaChagasSamico.pdf	15/02/2016 13:26:57	Greciane Soares da Silva	Aceito
Outros	CurriculosLattes_ZulmiraMariadeAraujoHartz.pdf	15/02/2016 13:24:20	Greciane Soares da Silva	Aceito
Outros	CurriculosLattes_GrecianeSoaresdaSilva.pdf	15/02/2016 02:28:51	Greciane Soares da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	15/02/2016 02:25:24	Greciane Soares da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua dos Coelhos, 300
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 1.452.998

RECIFE, 16 de Março de 2016

Gláucia Virginia de Q. L. Guerra

Assinado por:

Gláucia Virginia de Queiroz Lins Guerra
(Coordenador)

Dr. Gláucia Virginia de Q. L. Guerra
Vice-Coordenadora do Comitê
de Ética em Pesquisa

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-550

UF: PE



Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@imip.org.br

Anexo 2 - A carta de anuência do município de Caruaru

Secretaria de Saúde  Prefeitura de **CARUARU** 


DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa intitulada, “AVALIAÇÃO COM FOCO NA EQUIDADE REDE INTEGRADA DE SERVIÇOS DE SAÚDE DO DIABETES MELLITUS TIPO II EM DOIS MUNICÍPIOS DO ESTADO DE PERNAMBUCO”, pela pesquisadora GRECIANE SOARES DA SILVA da Universidade Nova de Lisboa Instituto de Higiene e Medicina Tropical, facultando-lhe a coleta de dados para a referida pesquisa, nas Estratégias de Saúde da Família, neste município.

A realização da pesquisa está autorizada, desde que o pesquisador cumpra com os requisitos da Resolução do CNS nº466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para fins de pesquisa.

Mediante autorização, o aluno se compromete ao término do trabalho, entregar uma cópia da versão final, encadernado em capa dura, para fazer parte do acervo do Núcleo de Educação Permanente da Secretaria Municipal de Saúde de Caruaru.

Caruaru, 13 de Outubro de 2015.


Maria Aparecida de Souza
Secretária Municipal de Saúde

Avenida Vera Cruz, 654 – São Francisco Caruaru – PE (81) 3701-1400
Núcleo de Educação Permanente – NEP (81) 8876-1130 nepcaruaru@gmail.com

Anexo 3 - Carta de anuência do município de Recife



**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Greciane Soares da Silva**, pesquisadora do doutora em Saúde Internacional da Universidade Nova de Lisboa / Instituto de Higiene e Medicina Tropical, a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário VII, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **"Avaliação com foco na equidade da rede integrada de serviços de saúde do diabetes mellitus tipo II em dois municípios do estado de Pernambuco"**, sendo orientada por Isabella Chagas Samico.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhuma das pessoas envolvidas será identificada e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

O(s) pesquisador(es) comprometem-se a trazer para esta diretoria o relatório final da pesquisa através de cópia em *Compact Disk* (CD), uma vez que só serão autorizadas novas pesquisas se não houver pendências de devolutiva do serviço.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 21 de dezembro de 2015.

Atenciosamente,

Juliana Ribeiro
Chefe de Divisão de Educação na Saúde
Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGTES/SESAU/PCR
Matrícula n° 99.986-8