

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA**

REBECCA SOARES DE ANDRADE FONSECA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS
PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM UM
DISTRITO SANITÁRIO DO MUNICÍPIO DE RECIFE - PERNAMBUCO**

RECIFE

2015

Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS
PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM UM
DISTRITO SANITÁRIO DO MUNICÍPIO DE RECIFE - PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do
grau de mestre em Ciências.

Orientadora: Dr.^a Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Recife

2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

S237a Santos, Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos.

Avaliação da implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis em um distrito sanitário do município de Recife - Pernambuco/ Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos. — Recife: [s.n.], 2015.

205 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

1. Avaliação em Saúde. 2. Assistência à Saúde. 3. Doenças Crônicas. 4. Diabetes Mellitus I. Cesse, Eduarda Ângela Pessoa. II. Título.

CDU 614.2

REBECCA SOARES DE ANDRADE FONSECA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS
PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS EM UM
DISTRITO SANITÁRIO DO MUNICÍPIO DE RECIFE - PERNAMBUCO**

Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães,
Fundação Oswaldo Cruz para obtenção do
grau de mestre em Ciências.

Aprovado em: 18/05/2015.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dr. Maria Rejane Ferreira da Silva
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Juliana Martins Barbosa da Silva Costa
Centro Acadêmico do Agreste/UFPE

Ao meu pai, Amaral (*in memoriam*), por todo incentivo e cumplicidade durante a sua existência terrena. Seus exemplos de simplicidade, honradez e honestidade me acompanharão para sempre.

À minha mãe, Cristina, por seu amor visceral. Porque ela sente nela como eu sinto em mim. A dor e a alegria.

AGRADECIMENTOS

À Deus, por toda sua misericórdia e bondade.

À minha família, porque faz todo encontro ser especial e agradável.

A meu pai, porque me permitiu desfrutar de sua valiosa amizade.

À minha mãe, pelo acolhimento amoroso e paciência em me ensinar um pouco de sua sabedoria.

À minha irmã, Adressa, pelos encontros alegres e carinhosos. Um sopro de leveza numa jornada que pareceu tão pesada em alguns momentos.

Ao meu irmão, Raphael, que me "socorreu" diversas vezes, por diversas razões nessa empreitada. Foram conselhos, revisões, traduções...Obrigada por tudo!

À minha cunhada, Bruline, por sua colaboração enquanto "expert" no aprimoramento desse trabalho.

Aos meus sobrinhos, Arthur, Mateus e Lucas, por conseguirem transformar em meu rosto rugas de preocupação em marcas de felicidade plena!

Ao meu esposo Gabriel, pela cumplicidade, companheirismo, concessões. Vida, alma, memória e coração!

Ao meu pequeno companheiro Bross, que me acompanha madrugadas adentro há mais de treze anos, sem nem compreender a razão.

À Professora Guadalupe Medina, que gentilmente me recebeu no Instituto de Saúde Coletiva - UFBA, e compartilhou de seus conhecimentos tão generosamente.

À minha orientadora, Prof^a. Eduarda Cesse, por sua acolhida desde o primeiro instante, pela confiança depositada, pelo respeito de sempre. Sem o seu "olhar equitativo" e sua sensibilidade não teríamos conseguido! Obrigada por tudo!

À minha "co-orientadora" Luciana Caroline, por ter encarado o desafio de auxiliar na condução desse trabalho e tê-lo feito de maneira inestimável. Muito obrigada!

Ao Professor Eduardo Freese, por ter dividido de seu conhecimento comigo de maneira tão generosa.

Aos funcionários do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, em especial Macia Saturnino, Mégine, Glauco e Seu Paulo, pela presteza de sempre.

Aos amigos do Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (LAM-Saúde), em especial Annick, Michelly, Jessyka, Cinthia e Mariana por toda troca de saberes.

À minha turma do mestrado que fez toda diferença nessa jornada. Vocês são incríveis!

Às amigas Thaysa Oliveira, Nicéia Formiga, Carol Vicente, Jéssica Mascena, Marília Silva, Adriana Jucá e Mariana Sena que cada uma à sua maneira (ou à minha, conforme solicitava) contribuíram imensamente na construção dessa dissertação.

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

SANTOS, Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos. **Avaliação da implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis em um distrito sanitário do município de Recife – Pernambuco**. 2015. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

RESUMO

De proposição relativamente recente no Brasil, a implantação de Redes de Atenção à Saúde pretende adequar os serviços prestados à população às suas necessidades de saúde. Ou seja, há o rompimento da gestão baseada na oferta e se investe na integralidade da assistência e longitudinalidade do cuidado. Essa tem sido a forma apontada como mais eficaz para lidar com as prevalentes doenças crônicas, que em 2007 foram responsáveis por 72% das mortes no país. Dessa forma, desenvolveu-se um estudo de caso em um distrito sanitário do município de Recife que dispunha de tecnologia de distinta complexidade, podendo assegurar atenção integral, com o objetivo de avaliar a implantação da Rede de Atenção à Saúde de pessoas com doenças crônicas, por meio da estimativa de seu grau de implantação e da análise a influência dos fatores contextuais. Para tanto, foi procedida uma pesquisa avaliativa do tipo análise de implantação, utilizando o diabetes mellitus como condição traçadora e o modelo Político Contingente, proposto por Denis e Champagne, para análise do contexto. Foram realizadas entrevistas estruturadas com profissionais relacionados ao cuidado do diabético, entrevistas semiestruturadas com gestores, análise documental e observação direta. Os principais achados apontam para um grau de implantação parcial da Rede de Atenção à Saúde aos portadores de diabetes mellitus, com a dimensão estrutura obtendo pior desempenho que a dimensão processo. O contexto mostrou-se favorável à implantação da Rede com a existência de uma coordenação para a atenção à saúde dos doentes crônicos, a coerência dos planos municipais de saúde com as ações voltadas aos doentes crônicos, a priorização da implantação da Rede de Atenção à Saúde, o envolvimento dos gestores com a temática, entre outros. Ressalta-se a interdependência que os componentes da Rede mantêm entre si, sendo necessário seu mútuo funcionamento para que a implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas seja efetiva.

Palavras-chave: avaliação em saúde, assistência à saúde, doenças crônicas, diabetes mellitus.

SANTOS, Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos. **Evaluation of the implementation of the Health Care Network for people with chronic noncommunicable diseases in a health district in the city of Recife - Pernambuco. 2015.** Dissertation (Academic Master of Public Health) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

ABSTRACT

On a relatively recent proposition in Brazil, the implementation of the Health Care Networks aims to bring the services provided to population's health needs. That is, there is a disruption of management based on the offer, and invests in the integrality and longitudinality of the care. This has been identified as most effective way to deal with the prevalent chronic diseases, which in 2007 accounted for 72% of deaths in the country. This way developed a study case in a health district in the city of Recife which had a distinct complexity technology and can ensure integral care, with the objective of evaluating the implementation of the Health Care Network of people with chronic diseases, estimating the degree of implementation and analyzing the influence of contextual factors. Was proceeded an evaluation research of type implantation analysis, using diabetes mellitus as tracer, and the Political Contingent model proposed by Denis and Champagne for analysis of context. Structured interviews were conducted with professionals related to diabetic care, semi-structured interviews with managers, document analysis and direct observation. The main findings points to a degree of partial implementation of the Health Care Network to patients with diabetes mellitus, the dimension structure getting worse performance than the dimension process. The context was favorable to implantation of the network with the existence of a coordination for the health care of the chronically ill, the coherence of municipal health plans with actions to chronically ill, the Health Care Network's prioritizing the implementation, involvement of managers with the theme, among others. We highlight the interdependence that Network maintains with each of their components, requiring their mutual operation so the implementation of the Health Care Network for people with chronic diseases be effective.

Key-words: health evaluation, delivery of health care, chronic disease, diabetes mellitus.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde	20
Figura 2 - Elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde.....	21
Figura 3 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).....	24
Figura 4 – Mapa da divisão territorial do Distrito Sanitário III.....	33
Figura 5 - Esquema representativo da Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus.....	40
Figura 6 - Modelo Lógico resumido da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com Diabetes Mellitus.....	41
Figura 7 - Fluxograma da influência do contexto sobre o Grau de Implantação da Rede de Atenção à Saúde (e seus componentes) aos portadores de Diabetes Mellitus do Distrito Sanitário III do município de Recife - PE.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição das unidades e setores de saúde estudados por unidade de análise.....	35
Quadro 2 - Síntese dos métodos e instrumentos de coleta e das fontes de dados utilizados por unidade de análise e etapa da análise de implantação.....	44
Quadro 3 - Pontuação (%) da dimensão estrutura por variável e indicador, e da dimensão processo por indicador da Atenção Primária à Saúde do distrito sanitário III do município de Recife.....	52
Quadro 4 - Pontuação (%) da dimensão estrutura por variável e indicador, e da dimensão processo por indicador das unidades de saúde da Atenção Especializada do distrito sanitário III do Recife.....	55
Quadro 5 - Pontuação (%) das dimensões estrutura e processo por indicador do Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico do distrito sanitário III do Recife.....	58
Quadro 6 - Pontuação (%) das dimensões estrutura e processo por indicador do Sistema Logístico do distrito sanitário III do Recife.....	59
Quadro 7 - Pontuação (%) das dimensões estrutura e processo por indicador do Sistema de Governança do distrito sanitário III do Recife.....	60
Quadro 8 - Pontuação (%) por dimensão e indicador, e grau de implantação por unidade de análise e no distrito sanitário III do Recife.....	62
Quadro 9 - Análise do contexto de implantação da Rede de Atenção à Saúde aos portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no distrito sanitário III do município de Recife por categoria temática.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica.

ABS - Atenção Básica de Saúde

AE - Atenção Especializada.

APS - Atenção Primária à Saúde

CPqAM - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa

DAC - Doença Arterial Coronariana

DM - Diabetes Mellitus

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DP - Desvio Padrão

ENMG - Eletroencefalografia

DS - Distrito Sanitário

eqNASF - equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família

eqSAD - equipe do Serviço de Atenção Domiciliar

eqSF - equipe de Saúde da Família

ESF - Estratégia de Saúde da Família

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

GI - Grau de Implantação

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HDL - High-density lipoprotein

HIPERDIA – Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corpórea

MACC - Modelo de Atenção às Condições Crônicas

MCC - *Chronic Care Model*

MDSS - Modelo de Determinação Social da Saúde

MPR - Modelo da Pirâmide de Riscos

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NAPI - Núcleo de Apoio às Práticas Integrativas

NC - nível central

NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde

PAC - Programa Academia da Cidade

PAR - Programa Academia Recife

PAS - Programação Anual de Saúde

PE - Pernambuco

PIC - Prática Integrativa e Complementar

PMS - Plano Municipal de Saúde

PMAQ-AB - Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica

PST - Projeto Saúde no Território

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RPA - Região Político-Administrativa

SAD - Serviço de Atenção Domiciliar

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SISREG - Sistema Nacional de Regulação

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SMS - Short Message Service

SPA - Serviço de Pronto-Atendimento

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UPA - Unidade de Pronto-Atendimento

UPA E - Unidade Pública de Atendimento Especializado

USF - Unidades de Saúde da Família

USG - Ultrassonografia

VE - Vigilância Epidemiológica

VIGITEL - Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 MARCO TEÓRICO	19
2.1 Redes de Atenção à Saúde	19
2.1.1 População	21
2.1.2 Estrutura Operacional	22
2.1.3 Modelo de Atenção à Saúde	23
2.2 Avaliação em Saúde e Análise de Implantação	25
2.3 O uso da condição traçadora como estratégia de avaliação e o Diabetes Mellitus	28
3 OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo Geral	31
3.2 Objetivos específicos	31
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	32
4.1 Área do estudo	32
4.2 Desenho do estudo	33
4.2.1 Caso e Unidades de Análise do Estudo de Caso	34
4.3 Estratégia de estudo	35
4.3.1 Construção do Modelo Lógico	36
4.3.2 Construção da Matriz de Análise e Julgamento	38
4.3.3 Avaliação da estrutura	38
4.3.4 Avaliação do processo	39
4.3.5 Determinação do GI	39
4.3.6 Construção da Matriz de Análise Contextual	42
4.3.7 Análise do Contexto	42
4.4 Sujeitos do estudo	42
4.4.1 Grau de implantação	42
4.4.2 Análise do contexto	43
4.5 Instrumentos e procedimentos	43
4.5.1 Entrevistas	43
4.5.2 Consulta a documentos	45
4.5.3 Observação direta	46
4.6 Análise dos dados	46
4.6.1 Grau de implantação	47

4.6.2 Contexto de implantação	48
4.6.3 Influência do contexto sobre o grau de implantação	49
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	50
6 RESULTADOS	51
6.1 Grau de Implantação da Rede de Atenção à Saúde aos Portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis	51
6.1.1 Grau de implantação da RAS aos portadores de DM por componente do Modelo Lógico	51
6.1.1.1 <i>Grau de implantação da Atenção Primária à Saúde</i>	51
6.1.1.2 <i>Grau de implantação da Atenção Especializada</i>	53
6.1.1.3 <i>Grau de implantação dos Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico</i>	57
6.1.1.4 <i>Grau de implantação dos Sistemas Logísticos</i>	59
6.1.1.5 <i>Grau de implantação do Sistema de Governança</i>	60
6.1.2 Grau de implantação da RAS aos portadores de DM no Distrito Sanitário III do município de Recife	61
6.2 Contexto de Implantação da RAS aos portadores de DCNT no Distrito Sanitário III do município de Recife	65
6.2.1 Análise das Categorias do Contexto Político da Implantação	65
6.2.1.1 <i>Investimento para implantação da RAS aos portadores de DCNT</i>	65
6.2.1.2 <i>Conhecimento sobre a situação de saúde da população e implantação da RAS aos portadores de DCNT no município</i>	65
6.2.1.3 <i>Priorização da atenção à saúde aos portadores de DCNT e implantação da RAS</i>	66
6.2.1.4 <i>Envolvimento dos gestores</i>	67
6.2.2 Análise das Categorias do Contexto Estrutural da Implantação	67
6.2.2.1 <i>Coerência dos planos com as ações de atenção à saúde aos portadores de DCNT</i>	67
6.2.2.2 <i>Formalização do setor responsável pela RAS ao portador de DCNT</i>	67
6.2.2.3 <i>Perfil dos gestores</i>	68
6.2.2.4 <i>Existência de Coordenação da RAS aos portadores de DCNT</i>	68
6.2.2.5 <i>Permanência de gestores e técnicos</i>	69
6.2.2.6 <i>Condições de trabalho</i>	69
6.3 Relação entre o Contexto e o Grau de Implantação da RAS aos portadores de DM e seus componentes no Distrito Sanitário III do município de Recife	70
7 DISCUSSÃO	74
7.1 Atenção Primária à Saúde	74

7.2 Atenção Especializada	78
7.3 Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	82
7.4 Sistema Logístico	86
7.5 Sistema de Governança	90
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	96
Apêndice A - Modelo lógico da Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus	105
Apêndice B - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação	110
Apêndice C - Matriz de Análise e Julgamento do Contexto Político e Estrutural	130
Apêndice D - Questionário Atenção Primária à Saúde	132
Apêndice E - Questionário Atenção Especializada - Ambulatorial	147
Apêndice F - Questionário Atenção Especializada - Hospitalar	163
Apêndice G - Questionário Atenção Especializada - Urgência e Emergência	175
Apêndice H - Questionário Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - Núcleo de Apoio à Saúde da Família	186
Apêndice I - Questionário Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - Serviço de Atenção Domiciliar	189
Apêndice J - Questionário Programa Academia da Cidade e Programa Academia Recife	191
Apêndice L - Roteiro de Entrevista Sistema Logístico - GI e contexto	193
Apêndice M - Roteiro de Entrevista Governança - GI e contexto	194
Apêndice N - Roteiro de Entrevista Vigilância Epidemiológica distrital - Contexto	195
Apêndice O - Roteiro utilizado na consulta aos documentos para a identificação de determinantes contextuais	196
Apêndice P – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	197
Anexo A – Parecer Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães	199
Anexo B – Parecer da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa	201
Anexo C – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife	203
Anexo D – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife	204
Anexo E – Carta de Anuência da Secretaria Estadual de Saúde do Pernambuco	205

1 INTRODUÇÃO

A partir, principalmente da década de noventa, foram realizadas reformas nos sistemas de saúde de diversos países da América Latina, com vistas a ampliar o acesso e qualificar os serviços de saúde. Nesse contexto, no Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (doravante, RAS) se constituem numa proposição relativamente recente. A sua implementação pretende adequar e ampliar os serviços prestados em consonância com as necessidades de saúde das populações. Nessa lógica, propõe o rompimento da gestão baseada na oferta e se investe na integralidade da assistência e longitudinalidade do cuidado. Essa tem sido a forma apontada como mais eficaz para enfrentar o incremento da prevalência das doenças crônicas (SILVA; MAGALHÃES, 2011). Em 2007, estas foram responsáveis por 72% das mortes no país (SCHMIDT *et al.*, 2011).

Estudos sobre custos hospitalares e com medicamentos por algumas doenças crônicas têm demonstrado o impacto dessas doenças, tanto do ponto de vista social quanto econômico (BARRETO, 2012; DIB *et al.*, 2010; GEORG *et al.*, 2005; HOGAN *et al.*, 2003; WILLIAMS *et al.*, 2002;). O aumento na prevalência dessas doenças sobrecarrega além do setor Saúde, outros sistemas, como o da Previdência Social (ACHUTTI, AZAMBUJA, 2004; MOURA *et al.*, 2007).

Em 2011, no Brasil, foram concedidos 195.918 benefícios devido a doenças do aparelho circulatório e 28.232 benefícios por doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas (BRASIL, 2011a). Um estudo realizado no município de Recife observou que entre os anos de 2000 e 2002 as DCNT estavam entre as cinco principais causas para concessão de benefícios, tendo sido responsáveis por cerca de 35% dos auxílios-doença e 53% das aposentadorias por invalidez. Aproximadamente 77% desses benefícios foram concedidos a trabalhadores adultos ainda jovens, em idade produtiva, o que demonstra seu grande impacto econômico e social (MOURA *et al.*, 2007).

O crescimento da prevalência de doenças crônicas exige maior contato dos usuários com os serviços de saúde. Eles precisam ter assegurada a continuidade do atendimento, sendo indispensável a garantia da longitudinalidade da atenção, não só para a recuperação da saúde, mas também para que medidas preventivas e de promoção da saúde sejam mais efetivas (SILVA; MAGALHÃES, 2011).

Os serviços de saúde brasileiros, entretanto, ainda têm se caracterizado por intensa fragmentação das ações e das práticas clínicas, sendo muito voltados para as condições

agudas. A superação dessa incoerência entre o estado de saúde da população e o sistema de atenção básica envolve a implantação de RAS (MENDES, 2012).

As RAS podem ser definidas como uma malha que se interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde (SILVA; MAGALHÃES, 2011). Os objetivos das RAS são melhorar a qualidade da atenção e de vida das pessoas usuárias, otimizar a utilização dos recursos e promover a equidade em saúde (MENDES, 2012).

Em dezembro de 2010, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 4.279, estabeleceu diretrizes para organização das RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde (doravante, SUS) e, em 2013, instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, através da Portaria Nº 252. Mais recentemente, lançou a Portaria nº 483/2014, estabelecendo diretrizes para a organização das linhas de cuidado da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2010a, 2013a, 2014a).

Apesar de recente no Brasil, já existem alguns estudos acerca da temática de RAS na realidade do SUS. São estudos que remetem à sua eficiência ou efetividade, do ponto de vista do acesso, da integralidade, entre outros, de suas partes componentes ou de toda Rede. Entretanto, Hartz e Contandriopoulos (2004) afirmam que o questionamento acerca da implantação deve ser anterior a essas questões.

Por todos os motivos supracitados e considerando que a própria avaliação de intervenções em saúde é prioridade na agenda pública da gestão em saúde, propõe-se avaliar a Rede de Atenção à Saúde voltada para os portadores de doenças crônicas, utilizando o diabetes mellitus como condição traçadora.

O diabetes foi escolhido por representar um problema de saúde pública mundial, acometer o indivíduo em qualquer idade, com grandes proporções quanto à magnitude e transcendência, percorrer todos os níveis de assistência à saúde e possuir protocolo de atenção ao usuário bem estabelecido (LOUVISON, 2011; MEDEIROS, 2013;).

Dessa forma, a avaliação da implantação dessa Rede de Atenção à Saúde, incluindo a análise de estrutura e de processo de todos os seus componentes, bem como a análise de fatores contextuais que influenciam o seu grau de implantação permitirá identificar avanços e entraves na sua implantação. A identificação de tais aspectos é relevante pela possibilidade de contribuir na reorganização dessa rede, com vistas ao seu aperfeiçoamento e melhoria da qualidade do serviço ofertado, assim como subsidiar a tomada de decisão.

Assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a implantação da Rede de Atenção à Saúde ao portador de diabetes mellitus, num distrito sanitário do município de Recife, que possui toda infraestrutura necessária para oferta do cuidado integral. Para tanto, partiu-se da seguinte **pergunta condutora**: como está implantada a Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no município de Recife – PE?

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Redes de Atenção à Saúde

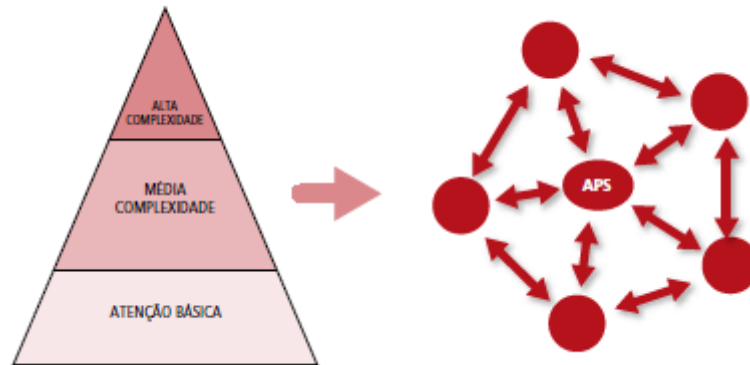
As RAS podem ser definidas como uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde (SILVA; MAGALHÃES, 2011). Os objetivos das RAS são melhorar a qualidade da atenção e de vida das pessoas usuárias, otimizar a utilização dos recursos e promover a equidade em saúde (MENDES, 2012).

As RAS vieram para superar a lógica fragmentada hegemônica dos sistemas de saúde. Para Mendes (2012), os sistemas de atenção à saúde devem dar respostas sociais deliberadas às necessidades de saúde da população e devem manter uma coerência com a situação de saúde. Dessa forma, a efetividade na atenção às doenças crônicas fica muito reduzida em sistemas fragmentados e direcionados principalmente para as condições agudas. Sendo assim, os usuários precisam ter assegurada a continuidade do atendimento, sendo indispensável a garantia da longitudinalidade da atenção, não só para a recuperação da saúde, mas também para que medidas preventivas e de promoção da saúde sejam mais efetivas (SILVA; MAGALHÃES, 2011).

Cabe observar, ainda, que existem fortes indícios em todo o mundo de que redes integrais de atenção 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 (SILVA; MAGALHÃES, 2011).

Nas RAS não há uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção à saúde, pois 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 si. (MENDES, 2012) (Figura 1).

Figura 1 – Mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as Redes de Atenção à Saúde.



Fonte: Mendes (2012).

Para Santos (2011), as RAS atualmente existentes são ainda desarmônicas do ponto de vista sistêmico. Segundo a autora, é preciso reconhecer que rede não é o simples ajuntamento de serviços ou organizações – requer a adoção de elementos que deem sentido a esse entrelaçamento de ações e processos. Há de se garantir uma institucionalidade, uma organicidade à rede e governança com o fim de potencializar seus recursos e meios.

Em dezembro de 2010, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 4.279 (BRASIL, 2010a), estabeleceu diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 2013, instituiu a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, através da Portaria Nº 252 (BRASIL, 2013a). Mais recentemente, lançou a 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 normatizou os princípios que devem reger a atenção ao doente crônico, assim como a integração com o sistema de saúde (BRASIL, 2014a).

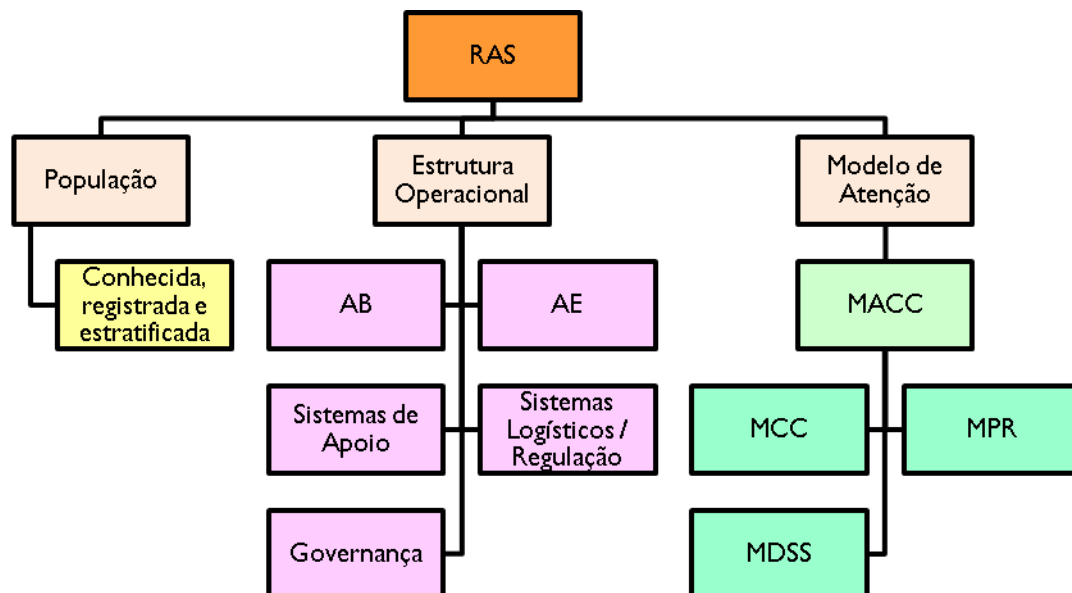
De acordo com essa portaria, a Rede tem como objetivo realizar a atenção de forma integral aos usuários com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, com realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2014a).

Ainda de acordo com esse documento, a Atenção Básica deve funcionar como ordenadora e coordenadora do cuidado. Deve responsabilizar-se pela atenção integral e contínua da população, assim como ser a porta de entrada prioritária para condução do cuidado. A Atenção Especializada deve apoiar e complementar os serviços da Atenção Básica de forma resolutiva e em tempo oportuno. Ainda fazem parte da Rede os Sistemas de Apoio diagnóstico e terapêutico, a Regulação e a Governança (BRASIL, 2014a).

Desse modo, as RAS podem ainda ser definidas como “organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, que permitam ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, e com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidade sanitária e econômica por esta população” (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2012), três elementos fundamentais constituem as RAS: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde (Figura 2).

Figura 2 - Elementos constitutivos das Redes de Atenção à Saúde.



Fonte: Adaptado de Mendes (2012) e Brasil (2013a).

Legenda: RAS: Rede de Atenção à Saúde. AB: Atenção Básica. AE: Atenção Especializada. MACC: Modelo de Atenção às Condições Crônicas. MCC: Modelo de Cuidados Crônicos. MPR: Modelo da Pirâmide de Riscos. MDSS: Modelo de Determinação Social da Saúde.

2.1.1 População

A população é o primeiro elemento constituinte de uma RAS e sua razão de ser. A população de responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares e deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Deve ainda ser subdividida e estratificada em subpopulações por fatores de risco (MENDES, 2012).

É o conhecimento profundo da população usuária de um sistema de saúde que permite romper com a gestão baseada na oferta, característica dos sistemas fragmentados, e instituir a

gestão baseada nas necessidades de saúde da população, elemento essencial das RAS (MENDES, 2012).

2.1.2 Estrutura Operacional

A estrutura operacional das RAS é formada por cinco componentes: a Atenção Primária à Saúde (APS); a Atenção Especializada; os Sistemas de Apoio; os Sistemas Logísticos e o Sistema de Governança. As RAS estruturam-se para ofertar um ciclo completo de atendimento ao usuário desde o monitoramento e a prevenção, passando pelo tratamento e estendendo-se até o gerenciamento da doença (BRASIL, 2014a; MENDES, 2012).

A Atenção Primária à Saúde tem papel chave na estruturação das RAS e é o centro da comunicação. Ela deve funcionar como ordenadora e coordenadora do cuidado, realizando o cuidado integral e contínuo da população que está sob sua responsabilidade e ainda deve ser a porta de entrada prioritária para organização do cuidado (BRASIL, 2013a).

A atenção especializada reúne os diversos pontos de atenção com densidades tecnológicas distintas para apoiar e complementar os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno. São pontos de atenção à saúde secundários e terciários os serviços de urgência e emergência, o ambulatorial especializado e o hospitalar (BRASIL, 2013a; MENDES, 2012). Logo, é necessário que a oferta de serviços por esses pontos de atenção seja planejada pelo ordenamento da Rede de Atenção à Saúde feita pela Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2012a).

Os sistemas de apoio são formados pelo apoio diagnóstico e terapêutico, pela teleassistência e pela assistência farmacêutica. Também se faz necessária a oferta de práticas integrativas e complementares (homeopatia, acupuntura, entre outras) e de práticas corporais na construção das RAS (BRASIL, 2012a).

Os sistemas logísticos caracterizam-se como soluções em saúde. São responsáveis por estabelecer ligações entre os nós da rede. Podem exemplificar os sistemas logísticos, os sistemas de informação, os sistemas de acesso regulado, o registro eletrônico em saúde, o prontuário eletrônico, o sistema de transporte sanitário. A interoperabilidade entre os diversos sistemas possibilita o fluxo da informação dentro da rede, e o acesso dos diversos pontos de atenção a determinadas informações dos usuários. Isso proporciona uma atenção mais adequada e impede a duplicidade desnecessária de exames e condutas (BRASIL, 2012a).

Por último, a governança, que deve ter capacidade de intervenção nos diferentes atores, mecanismos e procedimentos da gestão da rede (BRASIL, 2014a; MENDES, 2012).

2.1.3 Modelo de Atenção à Saúde

O terceiro elemento constitutivo das RAS e fundamental para sua estruturação é o modelo de atenção à saúde. Ele define a forma como a atenção deve ser realizada na rede e como os diversos pontos devem se comunicar e se articular. Modelos de atenção à saúde voltados às condições crônicas são de proposição recente e, sua maioria, têm como modelo fundante, o Chronic Care Model (MCC) (MENDES, 2012).

O MCC foi inicialmente apresentado em 1998 pelo MacColl Institute for Health Care Innovation e tem como princípios: a organização da atenção à saúde, o uso de recursos da comunidade, o autocuidado apoiado, o desenho da linha de cuidado, o suporte às decisões clínicas e um sistema de informações clínicas. Após sofrer diversas adaptações, esse modelo foi implantado em vários países (BRASIL, 2012a).

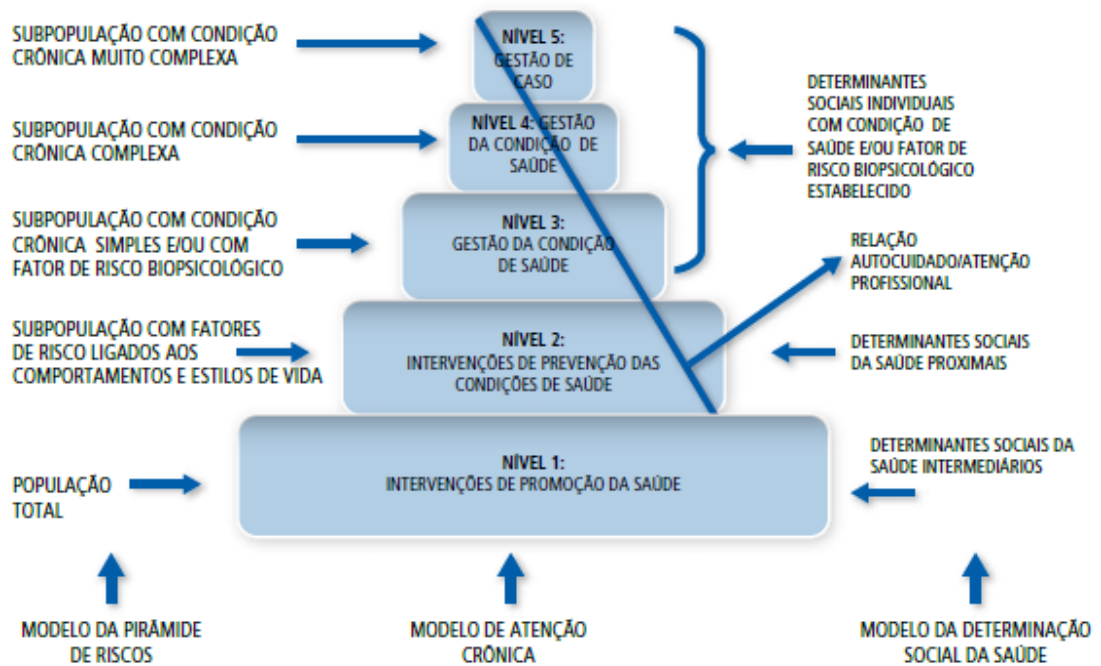
No Brasil, foi criado o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC). Baseado no MCC, nas experiências internacionais, no modelo da pirâmide de riscos (MPR) e nos modelos de determinação social da saúde (MDSS), o MACC estrutura-se pela estratificação de cinco níveis de intervenções de saúde. São elas: intervenções de promoção da saúde, de prevenção das condições de saúde, gestão da condição de saúde simples, gestão da condição de saúde complexa e gestão de caso para as condições de saúde muito complexas. Proposto por Mendes (2011), esse modelo atua sobre populações e seus determinantes, a partir dos quais se definem ações e práticas da equipe de saúde mais adequadas a cada grupo-estrato (BRASIL, 2012a) (Figura 3).

O MACC deve ser lido em três colunas: na coluna da esquerda, sob influência do Modelo da Pirâmide de Riscos (MPR), está a população total estratificada em subpopulações por estratos de riscos. O MPR contribui para que a atenção à saúde seja adequado às necessidades de saúde da população. Na coluna da direita, sob influência do MDSS de Dahlgren e Whitehead, estão os diferentes níveis de determinação social da saúde: determinantes intermediários, proximais e individuais. O MDSS contribui buscando promover a equidade em saúde. Por se tratar de um modelo de atenção à saúde, não cabe incluir determinantes distais da saúde. Na coluna do meio, sob influência do MCC, os cinco níveis de intervenções: promocionais, preventivas e de gestão da clínica (MENDES, 2012).

Dessa forma, no nível 1 está a população em geral e a atuação deve se dar nos determinantes sociais intermediários de saúde, ou seja, naqueles ligados às condições de vida e trabalho. O modo de intervenção é por meio de projetos intersetoriais que articulem ações

de melhoria habitacional, geração de emprego e renda, acesso a saneamento básico, educação, etc. (MENDES, 2012).

Figura 3 – Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC).



Fonte Mendes (2012).

No nível 2, as intervenções são de prevenção das condições de saúde e com foco nos determinantes proximais da saúde ligados aos comportamentos e estilos de vida. Os mais importantes são o tabagismo, a alimentação inadequada, a inatividade física, o excesso de peso e o uso excessivo de álcool (MENDES, 2012).

A partir do nível 3 do MACC se opera com um fator de risco biopsicológico e/ou uma condição de saúde cuja gravidade convoca intervenções diferenciadas dos sistemas de atenção à saúde. No nível 3, a população apresenta uma condição crônica simples, de baixo ou médio risco, enquanto no nível 4 a população já apresenta uma condição crônica mais complexa.

Ambos os níveis serão enfrentados pela tecnologia de gestão da condição de saúde. Porém no nível 3, vai se operar principalmente por meio de intervenções de autocuidado apoiado, ofertadas por uma equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF), com ênfase na atenção multiprofissional; e o nível 4 vai operar equilibradamente com autocuidado apoiado e o cuidado profissional, numa atenção cooperativa entre generalistas e especialistas (MENDES, 2012).

Isso decorre de evidências que demonstram que 70-80% dos portadores de doenças crônicas de baixo ou médio risco são atendidos, principalmente por tecnologias de autocuidado apoiado, com baixa concentração de cuidados profissionais. É o que representa a linha transversal que cruza o MACC. O modelo da pirâmide de riscos demonstra ainda que 20-30% da população é que apresenta uma condição mais complexa e que apenas 1 a 5% da população apresenta uma condição de saúde altamente complexa (MENDES, 2012).

Por último, o nível 5, que se destina à atenção das condições crônicas muito complexas e que acomete uma pequena parte da população, mas, em função de sua gravidade, determinam os maiores dispêndios dos sistemas de saúde. A atuação se dá através da gestão de caso, com alta concentração de cuidado profissional. Um gestor de caso (profissional ou parte de uma equipe de saúde) deve coordenar a atenção recebida pelo usuário em todos os pontos de atenção e apoio, ao longo do tempo (MENDES, 2012).

2.2 Avaliação em Saúde e Análise de Implantação

Para compreender de que forma e em que medida as ações, programas e políticas são implantadas e conhecer os efeitos dessas intervenções, há que se desenvolver processos avaliativos (SAMICO *et al.*, 2005). As definições de avaliação são numerosas, no entanto, há um conceito em torno do qual há um amplo consenso: avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

A avaliação normativa é feita quando o julgamento de valor é realizado a partir da apreciação dos componentes de uma intervenção em relação a normas e critérios. Na pesquisa avaliativa, o julgamento de valor é feito por meio de procedimentos científicos válidos e reconhecidos (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1997). Quando comparada à avaliação normativa, a pesquisa avaliativa avança na perspectiva analítica. Inclusive, a avaliação normativa pode se constituir como uma das etapas da pesquisa avaliativa (SAMICO; FIGUEIRÓ; FRIAS, 2010).

A pesquisa avaliativa é classificada em seis tipos: análise estratégica; análise lógica; análise de produtividade; análise de rendimento; análise dos efeitos; análise de implantação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011a).

Na análise de implantação, o foco está voltado para a avaliação de uma intervenção e esta pode ser uma política, programas, serviços ou ações (HARTZ; SILVA, 2005). Champagne *et al.* (2011b) identificam 4 componentes na análise de implantação:

a) O primeiro componente (Tipo 1-a) procura entender como um contexto de uma intervenção a molda, ou seja, explicar o processo de transformação da intervenção depois de sua implantação em um determinado contexto;

b) O segundo componente, a análise de Tipo 1-b, busca explicar a diferença entre a intervenção tal como foi planejada e a verdadeiramente implantada. Ajuda a compreender as variações observadas no grau de implantação de uma intervenção ou no nível de integralidade de sua implantação. Desse modo, o grau de implementação é a variável dependente e as características contextuais, as independentes.

c) O terceiro componente (análise Tipo 2) busca analisar a influência do grau de implantação da intervenção sobre os efeitos observados.

d) Finalmente o quarto componente, o Tipo 3, analisa a influência da interação entre o contexto da implantação e a intervenção nos efeitos observados.

Segundo esses mesmos autores, o interesse pelos problemas ligados à implantação das intervenções surgiu dos limites existentes nas avaliações tipo “caixa preta”. Nesse tipo de avaliação os efeitos de uma intervenção são avaliados sem se levar em consideração os processos envolvidos, fazendo com que muitas vezes se avalie os efeitos de uma intervenção com um grau de implantação inferior ao previsto, levando a um julgamento negativo dos resultados encontrados.

O grau de implantação é a “contribuição dos componentes verdadeiramente implantados do programa na produção dos efeitos”. Esta atividade exige que se especifiquem os componentes da intervenção; identifiquem as práticas correntes em nível das áreas envolvidas teoricamente pela intervenção e analisem a variação na implantação em função das características contextuais. Uma análise dos determinantes contextuais da implantação poderá permitir a identificação dos meios pelos quais uma intervenção será plausível (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Bodstein (2002) enfatiza que a análise do contexto de implantação é fundamental para se alcançar uma compreensão mais global da intervenção, uma vez que a presença de atores, interesses diversos e o cenário político-institucional podem explicar o sucesso ou o fracasso na implantação da intervenção. Além disso, também influencia na distância entre o planejado e o executado.

Existem diversos modelos para estudar a influência do contexto na implantação das intervenções, porém, estão longe de um consenso. De uma forma geral, estes modelos podem ser agrupados em cinco perspectivas: racional; desenvolvimento organizacional; psicológico; estrutural e político (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Diante dessa diversidade de abordagens, Denis e Champagne (1997) propuseram o modelo político e contingente, que se inspira nas abordagens de dois outros modelos: o político e o estrutural.

O modelo político diz que um contexto favorável à implantação de uma intervenção depende da abordagem política de três fatores: 1) de um suporte dado à intervenção pelos agentes de implantação; 2) do exercício, por esses, de um controle suficiente na organização para estar apto a operacionalizar e tornar eficaz a intervenção; e 3) de uma forte coerência entre os motivos subjacentes ao suporte que eles dão à intervenção e os objetivos associados a ela. Portanto, são os interesses particulares dos atores influentes na organização e o entendimento que possuem dela, que interferem na implantação da intervenção (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

O modelo estrutural diz que as organizações que tem um contexto favorável à implantação de uma intervenção se distinguem das outras por uma série de características referentes a atributos organizacionais (tamanho, centralização, formalização, nível de especialização), a atributos dos gestores (tendência à centralização, atenção prestada à inovação, orientação cosmopolita) e às características do ambiente (incerteza/instabilidade, grau de competição) (DENIS; CHAMPAGNE, 1997).

Quanto aos atributos organizacionais, o 'tamanho', pode ser compreendido como organizações maiores tendem a estar mais formalizadas com maior quantidade de nível hierárquico; a 'centralização' define o grau de participação dos líderes nas tomadas de decisões; a 'formalização' está relacionada à definição de regras e procedimentos. Quanto mais formal, menos flexível e mais burocrática tende a ser a organização; a 'especialização' define se o trabalho é dividido e subdividido em tarefas altamente especializadas ou não. Geralmente quanto maior a organização, maior o número de setores especializados (DUSSAULT, 1992; HOMEM; DELLAGNELO, 2006; WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2007).

Quanto aos atributos dos gestores, 'tendência à centralização' representa uma postura caracterizada geralmente por autoritarismo e pouca escuta, que inibe a participação dos membros da equipe na tomada de decisão (DUSSAULT, 1992); 'atenção prestada à inovação' diz respeito à cultura organizacional, que pode ser conservadora (com orientação externa fechada, o que a torna menos flexível e com pouca capacidade de se adaptar a mudanças

ambientais e integrar suas operações internas) ou inovadora (orientação externa aberta e com capacidade de se adaptar rapidamente às mudanças) (HOMEM; DELLAGNELO, 2006; WRIGHT; KROLL; PARNELL, 2007); 'orientação cosmopolita' é a capacidade de lidar com diversas situações (HOMEM; DELLAGNELO, 2006).

No que diz respeito às características do ambiente, entende-se por 'incerteza', o nível de instabilidade do ambiente (a estabilidade das equipes é uma condição da criação de um ambiente de confiança e facilita a formalização), e o 'grau de competição', que está relacionado a um ambiente mais ou menos hostil (DUSSAULT, 1992).

Outro aspecto relevante no campo da avaliação diz respeito ao crescimento da importância das avaliações orientadas pela teoria do programa. Chen (1990) define teoria de um programa como um conjunto de pressupostos, princípios ou proposições que explicam ou guiam a ação social. A teoria de um programa deve especificar tudo que deve ser feito para alcançar os objetivos desejados; quais os impactos que podem ser antecipados; e como isso se produz (VIEIRA-DA-SILVA, 2005).

A ênfase na teoria como estratégia metodológica para avaliação de programas remete a elaboração de modelos lógicos ou teóricos como componentes necessários desse processo (CONTRANDIOPOULOS *et al.*, 1997). A construção lógica pode derivar de várias fontes, entre elas, os resultados de pesquisas prévias, teorias das ciências sociais e da experiência dos gestores, avaliadores e profissionais que atuam na área (HARTZ, 2002).

Um modelo lógico ou teórico descreve a seqüência de eventos, por meio de uma síntese dos componentes essenciais desenhados em um fluxo, demonstrando como o modelo teoricamente pode ser utilizado (ELIAS; PATROCLO, 2005). Os elementos que compõe um modelo podem variar, mas de modo geral incluem insumos (inputs), as atividades, os produtos (outputs) e os efeitos a curto, médio e longo prazo (HARTZ, 1997).

Apresentar e discutir o modelo lógico de um programa permite definir exatamente o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados esperados (MEDINA *et al.*, 2005), ajudando os avaliadores a estabelecer a razão do programa bem como conceber um instrumento de avaliação adequado (HARTZ, 2002).

2.3 O uso da condição traçadora como estratégia de avaliação e o Diabetes Mellitus

Pesquisas utilizando a condição traçadora têm sido desenvolvidas em vários continentes para aferir, por exemplo, a efetividade de novas tecnologias de saúde e para o desenvolvimento de métodos voltados à melhoria da qualidade da assistência hospitalar em

países de terceiro mundo (KAIZEN, 2003; LA VECCHIA *et al.*, 1998). Também tem sido considerada uma das abordagens mais úteis na avaliação da atenção ambulatorial, por permitir a análise horizontal e sequencial do atendimento prestado, o que possibilita uma avaliação mais holística dos serviços de saúde (TANAKA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

Para Kessner (1973), condições traçadoras são patologias que atendem aos seguintes critérios: impacto funcional, tecnologia de intervenção conhecida e disponível, facilidade de diagnóstico, taxa de prevalência relevante, clareza e disponibilidade de técnicas diferenciadas de prevenção, tratamento e reabilitação. São indicadas para abordar problemas complexos como a avaliação da qualidade do sistema e podem produzir informações simples, mas de extrema importância para o entendimento do sistema de prestação de serviços de saúde (KESSNER, 1973; TANAKA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

O diabetes mellitus (DM) tem sido apontado como uma condição traçadora por diversos pesquisadores (LOUVISON, 2011; MEDEIROS, 2013). Isto se deve ao fato do DM reunir as características necessárias para ser eleito: é um evento prevalente, com etiologia, diagnóstico, terapia e prevenção bem definidos cientificamente. Além do mais, é uma patologia com protocolo de atenção ao usuário bem estabelecido, inclusive com normatização em documentos oficiais. É uma doença que acomete indivíduos em qualquer idade, e seu portador tende a percorrer todos os níveis de assistência à saúde.

O diabetes atinge mais de 387 milhões de pessoas em todo o mundo, correspondendo a 8,3% da população mundial. Quase metade das pessoas com diabetes ainda não foi diagnosticada. No Brasil, uma a cada doze pessoas possui diabetes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2014).

Dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL) revelaram que 15,2% da população com 55 anos ou mais de idade auto-referiram ter diabetes (BRASIL, 2012b). Entre 1996 e 2007, o aumento da mortalidade por diabetes foi verificado na maioria dos estados brasileiros, especialmente nos estados do Nordeste (BRASIL, 2010b).

A identificação precoce e a oferta de assistência e acompanhamento adequado aos portadores de DM e o estabelecimento de vínculo com as unidades básicas de saúde tem sido apontados como elementos imprescindíveis para o sucesso do controle desse agravo (BRASIL, 2001). No entanto, o que tem se verificado na prática dos serviços é o oposto. Em Pernambuco, dados revelam que apesar de uma cobertura de 68,23% de Saúde da Família, apenas 42,63% das equipes conhecem mais de 70% de seus diabéticos. Em 10 regiões de saúde esse cadastramento é inferior a 50% dos diabéticos (PERNAMBUCO, 2013). Além

disso, numa amostra representativa de diabéticos cadastrados na ESF de Pernambuco, observou-se que somente 30% dos diabéticos tinham hemoglobina glicada (indicadora do controle glicêmico) abaixo do nível recomendado de 7% (FONTBONNE *et al.*, 2013).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar a implantação da Rede de Atenção à Saúde de pessoas com diabetes mellitus em um distrito sanitário do município de Recife–PE.

3.2 Objetivos específicos

- a) Estimar o grau de implantação (GI) da Rede de Atenção à Saúde de pessoas com diabetes mellitus em um distrito sanitário do município de Recife – PE;
- b) Analisar os fatores políticos e estruturais do contexto municipal que podem estar relacionados com a variação no GI da Rede de Atenção à Saúde de pessoas com diabetes mellitus, em um distrito sanitário do Recife – PE;
- c) Analisar a influência do contexto no grau de implantação da Rede de Atenção à Saúde de pessoas com diabetes mellitus em um distrito sanitário do Recife - PE.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Área do estudo

O estudo foi realizado no município de Recife, capital do estado de Pernambuco e núcleo da Região Metropolitana. Recife apresenta uma área territorial de 218,435 km² e densidade demográfica de 7.039,64 habitantes por km² (IBGE, 2013).

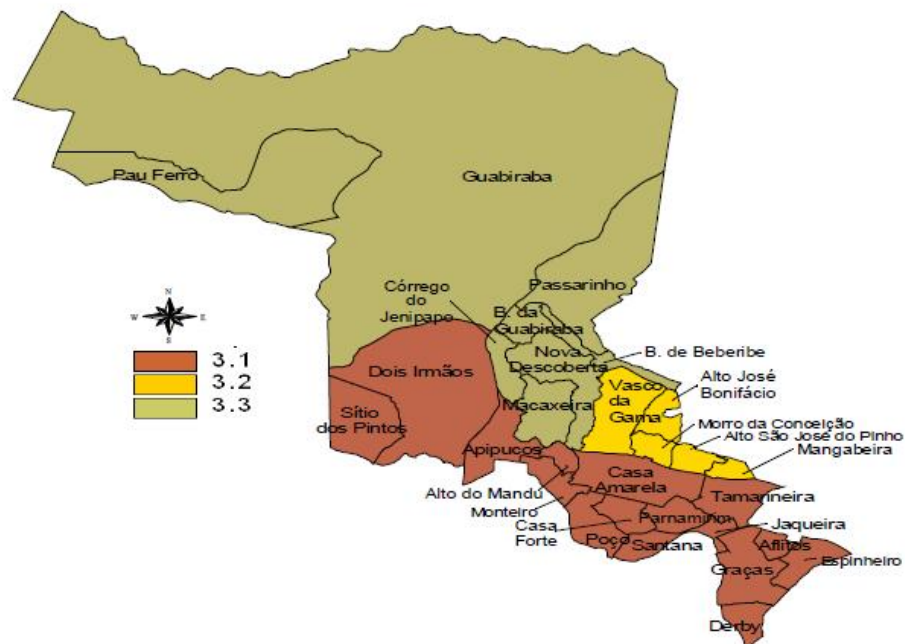
A cidade contém 94 bairros aglutinados em seis Regiões Político-Administrativas (doravante, RPA). Cada uma destas é ainda subdividida em três microrregiões que agregam bairros com maior proximidade geográfica. Para o setor saúde, cada RPA correspondia a um Distrito Sanitário (doravante, DS), que é a unidade gerencial mínima da Secretaria de Saúde do município. Recentemente, os territórios de dois distritos (III e VI) passaram por uma redivisão e o município passou a conter oito distritos sanitários.

O DS III, local do estudo, caracterizava-se por ser uma região de contrastes, com desigualdades sociais e ambientais. Em sua paisagem urbana, visualizavam-se áreas planas e de morros, sujeitas a desabamentos em decorrência da ação antrópica. Em contrapartida, também era o distrito com melhor esperança de vida ao nascer. A forma de organização e gerenciamento existente não atendia satisfatoriamente às demandas do território, sendo imprescindível essa nova divisão.

Foi na 9ª Conferência Municipal de Saúde, em 2009, que critérios norteadores para redivisão do território passaram a ser construídos. Nessa divisão, foram levados em consideração: 1 – o conceito ampliado de território, em que além de aspectos geográficos se inserem os modos de organização que opera cada localidade; 2 – a acessibilidade, definida pela proximidade territorial entre os bairros e a estrutura viária; 3 – a análise da situação de saúde (perfil sanitário); 4 – organização em Redes dos Serviços de Saúde (distribuição e referenciamento dos equipamentos de saúde); 5 – a distribuição do número de habitantes por bairro; e 6 – a distribuição do número de habitações por bairro (SALGUEIRO, 2010).

Dessa forma, a microrregião 3.1 permaneceu sendo o DS III e as microrregiões 3.2 e 3.3 passaram a ser DS VII (Figura 4).

Figura 4 – Mapa da divisão territorial do DS III.



Fonte: Salgueiro (2010).

Nota: Microrregião 3.1 passou a ser considerada Distrito Sanitário III; Microrregiões 3.2 e 3.3 passaram a ser Distrito Sanitário VII.

O atual DS III é composto por 16 bairros e conta em seu território com 3 Centros de Saúde, 2 Centros de Especialidade, 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Hospital Pediátrico, 2 Policlínicas, 06 Unidades de Saúde da Família (USF), 1 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 4 Polos de Academia da Cidade, 2 Polos de Academia Recife, 2 Serviços de Pronto-Atendimento (SPA), 1 Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), além de 4 hospitais estaduais.

Como se observa, o DS III do município de Recife dispõe de tecnologia de distinta complexidade, o que pode assegurar a atenção integral às pessoas portadoras de doenças crônicas. Por possuir toda a infraestrutura necessária para o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde a esses usuários, esse DS foi selecionado para o estudo de caso.

4.2 Desenho do estudo

O estudo proposto constitui-se em uma pesquisa avaliativa de análise de implantação do tipo 1b. Esse subtipo de pesquisa avaliativa, também denominada análise dos determinantes contextuais do grau de implementação da intervenção, visa explicar a diferença

entre a intervenção originalmente planejada e a implantada na realidade, considerando a análise dos determinantes contextuais da implantação (CHAMPANGNE *et al.*, 2011b). Sendo assim, a pesquisa foi realizada através do estudo de caso único com níveis de análise imbricados.

Keen e Packwood (2005) afirmam que os estudos de caso são valiosos para compreender intervenções políticas. Segundo Schramm (1975 *apud* YIN, 2005), uma das tendências do estudo de caso é “esclarecer uma decisão ou conjunto de decisões: o motivo pelo qual foram tomadas, como foram implementadas e com quais resultados”. Para Champangne (2011b), a potência explicativa do estudo de caso decorre da profundidade da análise do caso e não do número de unidades analisadas.

O estudo de caso único com níveis de análise imbricados permite observar comportamentos e processos organizacionais em vários níveis, de modo a permitir que o pesquisador examine o fenômeno em detalhes operacionais. A definição desses níveis se dá à luz da teoria subjacente à pesquisa (YIN, 2005).

A observação de uma única situação pode comprometer a generalização dos resultados (validade externa), característica inerente do estudo de caso único. No entanto, em virtude da extensão da pesquisa, principalmente no que diz respeito a tempo e recursos, e à possibilidade de se investigar em profundidade as unidades de análise do caso, foi adotada essa opção metodológica.

4.2.1 Caso e Unidades de Análise do Estudo de Caso

O caso do estudo foi a Rede de Atenção à Saúde aos portadores de DM do DS III do município de Recife e as unidades de análise foram a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Especializada, os Sistemas de Apoio, o Sistema Logístico e o Sistema de Governança. Essas unidades são inter-relacionadas, mas possuem diferentes atribuições e determinantes contextuais.

Nas unidades de análise buscou-se conhecer as estruturas que os profissionais encontravam à sua disposição para desempenhar suas funções relacionadas à RAS e aos portadores de DM, assim como quais ações dentro de suas atribuições eram executadas. Dessa forma, essas unidades foram estudadas quanto ao GI da Rede de Atenção à Saúde.

As unidades de saúde mais próximas à gestão, ou seja, as unidades constantes dos Sistemas Logístico e de Governança foram também analisadas quanto aos fatores contextuais

que influenciavam o GI da RAS no DS III do município de Recife, servindo, portanto, ao estudo do contexto dessa implantação.

Foram unidades de saúde incluídas no caso: as Unidades de Saúde da Família, um Centro Municipal Especializado em Atenção às Pessoas com Diabetes - Ermírio de Moraes, um ambulatório estadual especializado em Diabetes, um Hospital de Referência para DM sob gestão estadual - o Hospital Agamenon Magalhães, as Urgências de Clínica Médica e Cardiológica do Hospital anteriormente citado, as Academias da Cidade, as Academias Recife, o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, o Serviço de Atenção Domiciliar, a Vigilância Epidemiológica distrital, a Secretaria Executiva de Regulação em Saúde municipal e a Coordenação da Política de Saúde dos Portadores de DCNT municipal, agrupadas de acordo com o **quadro 1**.

Quadro 1 – Distribuição das unidades e setores de saúde estudados por unidade de análise.

Unidade de análise	Unidade / Setor de saúde	Número de unidades
Atenção Primária à Saúde	Unidades de Saúde da Família	6
Atenção Especializada	Ambulatório Especializado	2
	Hospital	1
	Urgência e Emergência	2
Sistemas de Apoio	Núcleo de Apoio a Saúde da Família	1
	Serviço de Atendimento Domiciliar	1
	Programa Academia da Cidade	4
	Programa Academia Recife	2
Sistema Logístico	Secretaria Executiva de Regulação e Saúde	1
Sistema de Governança	Vigilância Epidemiológica Distrital	1
	Coordenação da Política de Saúde dos Portadores de DCNT	1
TOTAL		22

Fonte: Elaborado pela autora.

4.3 Estratégia de estudo

Para **estimar o GI** da RAS aos portadores de DM no DS III do município de Recife foram adotadas algumas etapas:

- a) Construção do Modelo Lógico;
- b) Construção da Matriz de Análise e Julgamento;

- c) Avaliação da estrutura;
- d) Avaliação do processo;
- e) Determinação do GI.

4.3.1 Construção do Modelo Lógico

Segundo Lipsey (1990 *apud* CHAMPAGNE, 2011a), modelos lógicos são oriundos da "teoria do programa", e podem ser definidos como "a especificação das ações a serem realizadas para se alcançarem os efeitos desejados, dos outros impactos que poderiam ser cogitados e dos mecanismos mediante os quais esses efeitos e impactos seriam produzidos" (CHEN; ROSSI, 1992 *apud* CHAMPAGNE, 2011a).

Essa etapa da pesquisa está relacionada à observação da própria existência da rede, em relação ao que seria o "modelo ideal", modelo teórico idealizado, ou ainda sua "imagem-objetivo". Segundo Hartz e Contandriopoulos (2004), esse questionamento deve ser feito antes mesmo que se indague sobre sua efetividade e eficiência.

Na construção do Modelo Lógico da RAS aos portadores de DM, foram utilizados os seguintes documentos:

- a) Cadernos de Atenção Básica nº 36 – Diabetes Mellitus;
- b) Cadernos de Atenção Básica nº 27 – Diretrizes do NASF;
- c) Cadernos de Atenção Domiciliar – Volumes 1 e 2;
- d) Documento de Diretrizes para o Cuidado das Pessoas com Doenças Crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas Linhas de Cuidado Prioritárias;
- e) Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus;
- f) Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011 – 2022;
- g) Portaria GM/MS Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 - que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- h) Portaria GM/MS Nº 252, de 19 de fevereiro de 2013 - que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- i) Portaria GM/MS Nº 1.600, de 7 de julho de 2011 - que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS);
- j) Portaria GM/MS Nº 963, de 27 de maio de 2013 - que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

- l) Portaria GM/MS Nº 2.681, de 7 de novembro de 2013 - que Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);
- m) 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.
- n) Cuidados inovadores para condições crônicas;
- o) Linhas de cuidado: Hipertensão Arterial e Diabetes;
- p) A atenção à saúde coordenada pela APS: Construindo as Redes de Atenção no SUS;
- q) Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para apoio à implementação;
- r) O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família;
- s) Chronic Disease Management: What Will It Take To Improve Care for Chronic Illness?;
- t) Collaborative Management of Chronic Illness.

O modelo lógico da Rede de Atenção à Saúde aos portadores de DM explicita cinco componentes: Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos e Sistema de Governança. Esses cinco componentes compõem o que Mendes (2012) chama de "estrutura operacional" da RAS. Para o autor, além da estrutura operacional, uma RAS também é constituída por uma "população" e por um "Modelo de Atenção à Saúde".

A população é a razão de ser de uma rede, devendo ser totalmente conhecida, estratificada e registrada, para que suas necessidades norteiem a gestão da saúde (MENDES, 2012). Assim sendo, esse "componente" constante do modelo de Mendes, foi inserido aos componentes de Atenção Primária à Saúde e Atenção Especializada do modelo lógico proposto (**Apêndice A**).

Já o "componente" Modelo de Atenção à Saúde constante do modelo de Mendes, permeia todos os cinco componentes do Modelo Lógico proposto para o presente estudo, visto que um Modelo de Atenção à Saúde deve nortear as ações de toda estrutura operacional de uma RAS.

Dado que o objeto de nosso estudo é a RAS voltada às DCNT, sendo o DM a condição traçadora, elegemos o Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), como norteador

das ações dos cinco componentes eleitos para composição do Modelo Lógico apresentado. A **figura 5** representa como os elementos constituintes de uma RAS propostos por Mendes, foram estruturados para Modelo Lógico do presente estudo.

Para cada componente consideraram-se os insumos (estrutura), as atividades (processo) e os resultados esperados, como podem ser vistos na **figura 6**. O Modelo Lógico completo encontra-se no **Apêndice A**.

4.3.2 Construção da Matriz de Análise e Julgamento

Baseando-se no modelo lógico foi construída uma matriz de análise e julgamento, na qual foram elencados critérios/indicadores para cada componente (**Apêndice B**). Para garantir a validade de conteúdo e de construção do modelo lógico e da matriz de análise e julgamento foi realizada consulta a especialistas, conforme recomendam McLaughlin e Jordan (1999). Dentre as especialistas, duas eram diretamente relacionadas aos serviços ofertados aos portadores de DM, e uma da Academia, com reconhecida experiência na metodologia e no estudo de Redes de Atenção à Saúde. Com base na matriz foram elaborados os questionários das entrevistas.

4.3.3 Avaliação da estrutura

A estrutura corresponde às características relativamente estáveis como os recursos materiais, humanos e organizacionais (DONABIDIAN, 1988). Também pode ser entendida como a estrutura física das unidades de saúde e a estrutura organizacional da rede de serviços (VIEIRA-DA-SILVA; FORMIGLI, 1994).

Segundo Conrandiopoulos *et al.* (1997, p. 35) consiste em “[...] saber em que medida os recursos são empregados para atingir os resultados esperados”. Esta medida ocorre através da comparação dos recursos e da organização da intervenção com critérios e normas pré-definidas.

Dessa forma, para a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Especializada e a Governança foram avaliadas a estrutura física, a existência de equipamentos e insumos, os recursos humanos, e a normatização. Para os Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, e Logístico, foi considerado estrutura todo o arcabouço que a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Especializada deveriam dispor e que seriam provenientes desses outros sistemas,

como a existência de referência para o SAD, NASF, a existência de cotas para exames, de uma Central de Regulação, entre outros.

4.3.4 Avaliação do processo

O processo refere-se ao conjunto de atividades desenvolvidas na relação profissionais e pacientes (DONABIDIAN, 1988), e ainda aos processos de gestão da rede (VIEIRA-DASILVA; FORMIGLI, 1994).

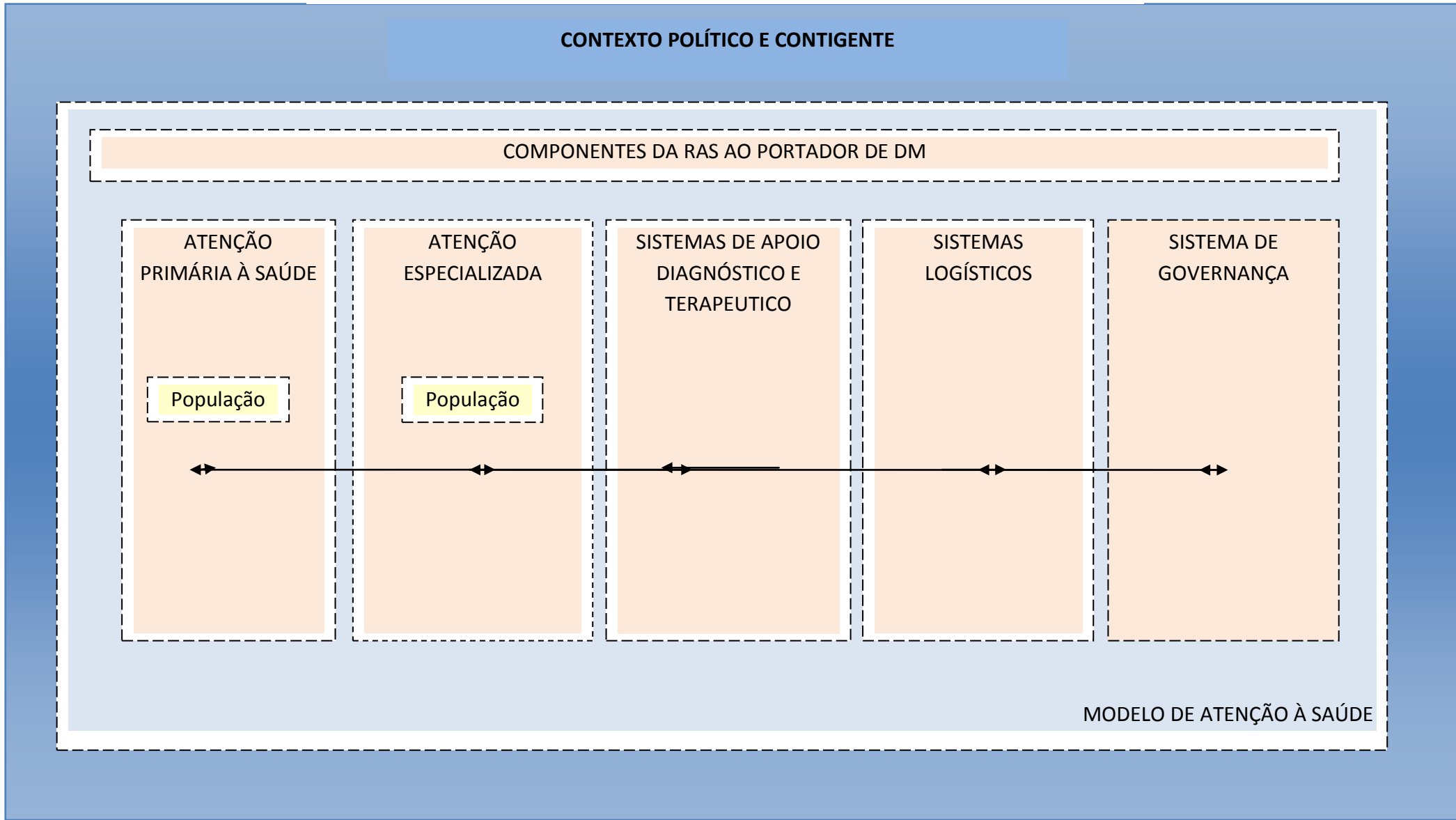
Consiste em “[...] saber em que medida os serviços são adequados para atingir os resultados esperados. Esta apreciação se faz comparando os serviços oferecidos pelo programa ou pela intervenção com critérios e normas pré-determinadas em função dos resultados visados” (CONTRANDIOPOULOS *et al.*, 1997, p. 36).

Neste sentido foram avaliadas as ações referentes aos cinco componentes elencados, tais como: cadastro, estratificação por risco, prevenção, promoção, planejamento de ações, marcação de consultas com especialistas, entre outras.

4.3.5 Determinação do GI

Os critérios constituintes da matriz de análise e julgamento redundam na produção de um índice síntese da implantação, denominado Grau de Implantação. Ou seja, a avaliação da estrutura e do processo determinaram o GI da RAS. Para tanto, foi utilizado um sistema de escores e empregados pontos de corte (maior detalhamento no item abaixo "método de análise dos dados"), ambos baseados na consulta com especialistas.

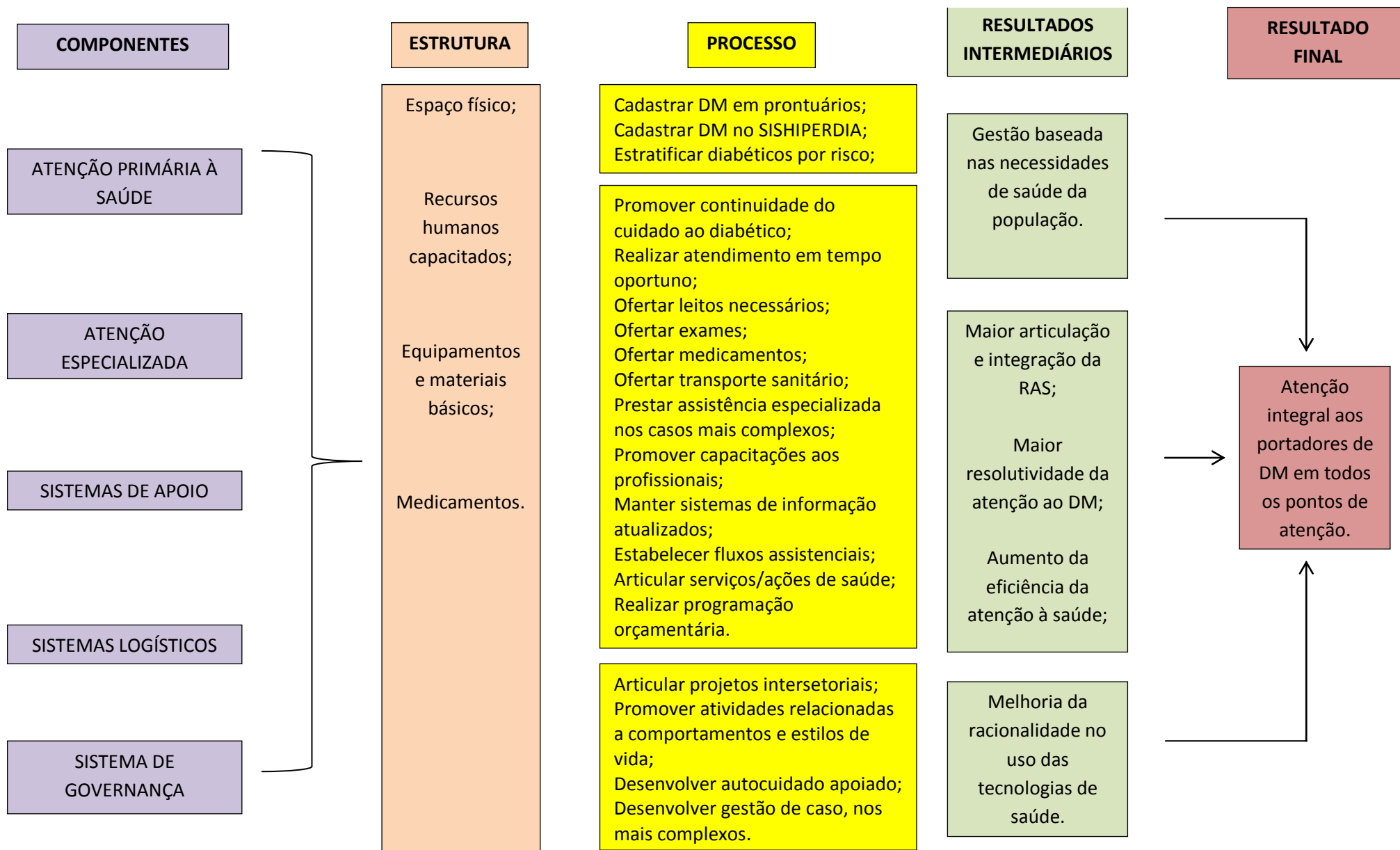
Figura 5 - Esquema representativo da Rede de Atenção à Saúde ao portador de DM.



Fonte: elaborado pela autora.

Nota: as linhas tracejadas indicam a inexistência de limites rígidos, demonstrando as inter-relações existentes entre os componentes da RAS e o contexto no qual essa está inserida. As setas representam a intrínseca relação existente entre os componentes, demonstrando profunda relação entre suas dimensões de estrutura e processo.

Figura 6 - Modelo Lógico resumido da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com DM.



CONTEXTO POLÍTICO - CONTINGENTE

Fonte: elaborado pela autora.

Para **avaliação do contexto** também foram adotadas algumas etapas:

- a) Construção da Matriz de Análise contextual
- b) Determinação do Contexto

4.3.6 Construção da Matriz de Análise Contextual

A Matriz de Análise contextual (**Apêndice C**) foi construída à luz do Modelo Político Contingente, formulado por Denis e Champagne (1997). As perguntas levantadas por esses autores guiaram a elaboração das categorias para análise do contexto.

4.3.7 Análise do Contexto

O contexto foi determinado como favorável ou desfavorável à implantação da intervenção, a partir do julgamento dos critérios elencados em cada categoria de análise (**Apêndice C**). Maior detalhamento no item abaixo "método de análise dos dados".

4.4 Sujeitos do estudo

Para responder aos objetivos propostos foram selecionados diferentes sujeitos para avaliação do grau de implantação e para análise dos determinantes contextuais, como se seguem:

4.4.1 Grau de implantação

Na avaliação das dimensões de estrutura e processo para definição do grau de implantação, foram entrevistados 22 profissionais: seis profissionais médicos ou enfermeiros, nas USF; cinco profissionais médicos ou enfermeiros, na Atenção Especializada; oito profissionais enfermeiros, educadores físicos ou fisioterapeutas, no Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico; a Secretária Executiva de Regulação em Saúde, no nível central da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pertencente ao Sistema de Apoio Logístico; a coordenadora de vigilância epidemiológica, no DS e a coordenadora da Política de Saúde dos Portadores de DCNT, no nível central da SMS, pertencente ao Sistema de Governança da Rede.

4.4.2 Análise do contexto

Na análise do contexto os sujeitos do estudo foram os gestores relacionados a Atenção à Saúde dos portadores de doenças crônicas, tanto no nível distrital quanto no nível central. A saber: a Secretária Executiva de Regulação em Saúde, no nível central da SMS, a coordenadora de vigilância epidemiológica, no DS e a coordenadora da Política de Saúde dos Portadores de DCNT, no nível central da SMS. Todas relataram possuir especialização em Saúde Pública, Saúde Coletiva ou Saúde da Família, e ocupavam os respectivos cargos há menos de dois anos. O menor período de tempo de trabalho dentro da Saúde Pública relatado foi quatro anos.

4.5 Instrumentos e procedimentos

Os dados foram coletados entre outubro de 2014 a janeiro de 2015. Com vistas a fortalecer a validade do constructo e a validade interna da pesquisa, Yin (2005) aconselha a utilização de diferentes fontes de dados para o desenho de estudo de caso. Dessa forma, foram coletados dados quantitativos e qualitativos, de diferentes fontes, por meio de entrevistas com informantes chave, consulta a documentos e observação direta. Segundo Flick (2009), essa é uma estratégia que acrescenta rigor, fôlego, complexidade, riqueza e profundidade a qualquer investigação.

Para facilitar a compreensão de como foi realizada a coleta dos dados, foi elaborado o **quadro 2**.

4.5.1 Entrevistas

As entrevistas são uma das mais importantes fontes de informações para um estudo de caso (YIN, 2005). No presente estudo, foram realizadas entrevistas estruturadas e semi-estruturadas com informantes-chave. Para Tobar e Yalour (2001), 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 assunto (YIN, 2005).

Quadro 2 – Síntese dos métodos e instrumentos de coleta e das fontes de dados utilizados por unidade de análise e etapa da análise de implantação.

Unidade de Análise	Método de Coleta	Fonte de Informação	Instrumento de Coleta	Etapa da análise de implantação
Atenção Primária à Saúde	Entrevista estruturada	Informante-chave (médico/enfermeiro)	Questionário estruturado (Apêndice D)	Determinação do GI
Atenção Especializada	Entrevista estruturada	Informante-chave (médico/enfermeiro)	Questionário estruturado (Apêndice E,F e G)	Determinação do GI
Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico	Entrevista estruturada	Informante- chave (trabalhadores da rede - APS, AE e dos próprios Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico)	Questionário estruturado (Apêndice H,I, J)	Determinação do GI
Sistema de Apoio Logístico	Entrevista estruturada	Informante- chave (trabalhadores da rede - APS, AE e dos Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico)	Roteiro de entrevista semi - estruturada (Apêndice L)	Determinação do GI
	Entrevista semi-estruturada	Informante- chave (Secretária Executiva de Regulação e Saúde)		Estudo do contexto de implantação
Sistema de Governança	Entrevista estruturada	Informantes- chave (Coordenadora da Política de Saúde dos Portadores de DCNT, Secretária Executiva de Regulação e Saúde, e Coordenadora da Vigilância Epidemiológica Distrital)	Roteiros de entrevistas semi - estruturadas (Apêndice L, M e N)	Determinação do GI
	Entrevista semi-estruturada			Estudo do contexto de implantação
	Observação direta	Existência de setor específico para RAS aos portadores de doenças crônicas e condições de trabalho no Nível Central (NC).	--	Estudo do contexto de implantação
	Consulta a documentos	Planos Municipais de Saúde (2010-2013 e 2014-2017) e Programações Anuais de Saúde (2014)	Roteiro de consulta aos documentos (Apêndice O)	Estudo do contexto de implantação

Fonte: elaborado pela autora.

O método da entrevista estruturada implica em o entrevistador fazer exatamente as mesmas perguntas a cada informante. Esse método produz dados numéricos e quantificáveis (TOBAR; YALOUR, 2001). Os questionários estruturados foram elaborados a partir dos indicadores da matriz de análise e julgamento (**Apêndices D - J**) e eram compostos por

questões que possibilitaram detectar a estrutura necessária para o funcionamento da RAS dos portadores de diabetes mellitus e as atividades em si, com vistas à investigação do Grau de Implantação.

Esses questionários foram testados no estudo piloto em uma equipe de Saúde da Família (eqSF), para o pré-teste do instrumento no mês de setembro de 2014. Neste piloto foram observados se todas as perguntas foram respondidas adequadamente, 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.

Antes das entrevistas foi realizado um contato prévio com as coordenadoras de área, no caso das eqSF; com os coordenadores ou responsáveis de projetos nos casos das Academias da Cidade, NASF, SAD; com os responsáveis pelos setores ambulatoriais, hospitalares e de urgência e emergência; e com os gestores responsáveis pela Vigilância Epidemiológica distrital, Regulação e Coordenação da Política de Saúde dos portadores de DCNT, na SMS, ocasiões em que foram esclarecidos os objetivos do estudo para posterior agendamento.

A entrevista semi-estruturada, por sua vez, consta de uma relação de perguntas ou temas que precisam ser abordados, mas não necessariamente obedecendo à mesma ordem. O entrevistador tem liberdade para encontrar e seguir novas pistas durante a entrevista, mas focado nos objetivos do roteiro da mesma (TOBAR; YALOUR, 2001).

Os roteiros semi-estruturados contemplaram questões referentes ao grau de implantação e ao contexto político e contingente de implantação da Rede de Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas. Desse modo, todas as variáveis descritas constantes da Matriz de Análise do contexto foram englobadas nesses instrumentos de coleta. Assim, essas entrevistas tiveram objetivo de investigar o contexto de implantação.

As entrevistas que abordaram o contexto de implantação da Rede de Atenção à Saúde aos portadores de DM foram gravadas por um aparelho de gravação de voz digital para, posteriormente, serem transcritas e analisadas. Em todas as entrevistas (estruturadas e semi-estruturadas) foi dada oportunidade aos entrevistados de acrescentarem outras informações que julgassem necessárias.

4.5.2 Consulta a documentos

Os documentos escritos são fontes de informações tão importantes quanto as respostas obtidas por meio de entrevistas (GIL, 1994). Muitas vezes, eles permitem que se vá além das

perspectivas dos respondentes do campo. Ao utilizar um documento, o pesquisador deve ter em mente sua autenticidade, sua credibilidade, sua representatividade e sua significação. Ou seja, deve questionar-se sobre quem o produziu e com que objetivo (FLICK, 2009).

Foram utilizados como fonte de informações os Planos Municipais de Saúde de Recife dos períodos 2010-2013 e 2014-2017, e a Programação Anual de Saúde (PAS) do ano de 2014. As PAS dos anos anteriores (2010-2013) não foram consultadas devido a problemas de acesso.

A opção por estudar os documentos desses períodos (2010-2013 e 2014-2017) se deu em virtude de contemplar desde o ano em que foram estabelecidas diretrizes para a organização de RAS no âmbito do SUS (BRASIL, 2010a), passando pela instituição das RAS das pessoas com doenças crônicas (BRASIL, 2013a), até o momento atual.

Os dados provenientes da consulta aos referidos documentos foram coletados por meio de roteiro (**Apêndice P**).

4.5.3 Observação direta

Entendendo que os fenômenos de interesse num estudo de caso não são puramente de caráter histórico, 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 estudado (YIN, 2005).

A observação pode ser feita na ocasião da entrevista e constitui uma vigilância aguçada por informações exteriores. Nessa pesquisa, a observação visou a complementar e confrontar dados obtidos por meio de entrevista com informante chave em relação ao cenário de coleta (nos âmbitos distrital e central).

4.6 Análise dos dados

O uso combinado de métodos quantitativos (estatística descritiva) e qualitativos (análise de conteúdo) foi pensado, a priori, como estratégia para validação dos resultados obtidos. Entretanto, cada vez mais, o foco tem se deslocado na direção de enriquecer e complementar ainda mais o conhecimento, superando os limites epistemológicos do método individual (FLICK, 2009).

A seguir foi descrita a forma de análise dos dados segundo cada objetivo.

4.6.1 Grau de implantação

O grau de implantação foi determinado a partir da análise dos critérios de estrutura e de processo dos componentes da RAS aos portadores de DM (Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada, Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Sistema Logístico e Sistema de Governança), e em sua dimensão unitária.

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 (**Apêndice B**). 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.

O número de indicadores variava por unidade de análise, mas, em todas elas, o escore máximo esperado para cada indicador foi de 3,0 (três). A pontuação máxima esperada por componente e dimensão dependia do número de indicadores contemplados em cada um desses aspectos, e do número de unidades de saúde analisadas.

Considerando que o número de unidades de saúde divergia entre os componentes, para fins de comparação, optou-se por apresentar a pontuação obtida em percentual. Dessa forma, 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.

Dessa forma, os GI para as referidas dimensões foram estabelecidos da seguinte maneira:

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 da Rede de Atenção à Saúde aos portadores de DM. Nesse sentido, foi atribuído peso quatro para a dimensão estrutura e peso seis para a dimensão processo. Assim, o GI total de cada unidade de análise foi obtido da seguinte forma:

$$\text{GI Total} = \left(\frac{(4 \sum E^1 + 6 \sum P^1) / 10}{(4 \sum E^2 + 6 \sum P^2) / 10} \right) * 100$$

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.

O grau de implantação da Rede de Atenção à Saúde aos portadores de DM na sua dimensão unitária (DS III do município de Recife) foi definido dessa mesma maneira.

Para o julgamento de valor do grau de implantação consideraram-se os seguintes pontos de corte: $\leq 25,0\%$ - não implantado; de 25,1% a 50,0% - implantação incipiente; de 50,1% a 75,0% - parcialmente implantado; e $\geq 75,1\%$ - implantado.

Desse modo, para a análise dos dados quantitativos, advindos das entrevistas foi utilizada a estatística descritiva no programa MS Office Excel 2007.

4.6.2 Contexto de implantação

A análise do contexto foi realizada à luz do Modelo Político e Contingente proposto por Denis e Champagne (1997). Os dados provenientes da consulta aos documentos e das entrevistas semiestruturadas foram submetidos à análise de conteúdo, classificada por Flick (2009) como procedimento clássico empregado para analisar material textual.

A técnica de análise de conteúdo utilizada foi a de análise temática, que consiste em identificar os núcleos de sentido que compõem a comunicação e classificá-los em categorias temáticas (BARDIN, 2011). Os critérios adotados para a seleção das categorias temáticas e para o julgamento do contexto organizacional de implantação constam no **Apêndice C**.

Vale salientar que após 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 temáticas.

O contexto organizacional foi classificado em “favorável” e “desfavorável” em relação à implantação da Rede de Atenção à Saúde aos portadores de DM na sua dimensão unitária (DS III do município de Recife). Para a classificação do contexto enquanto “favorável” ou “desfavorável”, procedeu-se da seguinte maneira:

Quando algum critério era composto por subcritérios, foi analisado cada subcritério para se chegar à conclusão sobre a classificação da categoria temática. O resultado da análise dos subcritérios foi apresentado como positivo (+, quando favorável) ou negativo (-, quando desfavorável). Concluiu-se que o contexto da categoria temática era favorável quando o

número de subcritérios positivos era maior que o de negativos. Em caso de empate, o critério de desempate foi o julgamento de importância do subcritério para a implantação da RAS. Se os subcritérios mais relevantes foram positivos, o contexto representado pela categoria temática foi considerado favorável.

Salienta-se que para a análise de cada subcritério/critério, as contradições, identificadas entre os relatos dos entrevistados, ou entre o relato e a análise dos documentos, foram consideradas desfavoráveis.

Após a classificação do contexto por categoria temática, procedeu-se à classificação final do contexto. Concluiu-se que o contexto final era favorável quando o número de categorias temáticas favoráveis era maior que o de desfavoráveis (número de categoria favoráveis maior que 50,0%). Em caso de empate, o critério de desempate foi o julgamento de importância da categoria temática para a implantação da intervenção.

4.6.3 Influência do contexto sobre o grau de implantação

Considerando que a análise de implantação realizada foi do tipo 1b, a variável grau de implantação foi posta em relação com as variáveis contextuais do meio de implantação (CHAMPAGNE *et al.*, 2011b). Desse modo, no âmbito do DS III do município de Recife, foi feito o confronto da classificação do GI obtido, com a classificação final do contexto organizacional político e contingente.

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Esse Projeto de Pesquisa foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisas do CPqAM/Fiocruz-Pernambuco, em cumprimento à resolução nº. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, e aprovado sob parecer 421.616 (**Anexo A**). Também foi submetido à Comissão Nacional de Ética e Pesquisa (CONEP) devido à participação de equipe estrangeira e aprovado sob parecer 768.025 (**Anexo B**).

Para todos os sujeitos envolvidos na metodologia proposta, foi obtido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecendo-se na oportunidade a justificativa, os objetivos e os procedimentos que foram utilizados na pesquisa. O modelo proposto de TCLE também foi submetido à apreciação do CEP/CPqAM (**Apêndice P**).

Em relação ao processo de obtenção e de registro do TCLE, foi assegurada a explicação do texto pela pesquisadora para os sujeitos envolvidos que encontrassem dificuldades na interpretação.

Foi garantido o anonimato e o retorno do trabalho finalizado.

A pesquisa foi autorizada pela Diretoria Geral de Gestão do Trabalho da Secretaria Municipal de Saúde do Recife (**Anexos C e D**) e pela Diretoria Geral de Gestão do Trabalho da Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (**Anexo E**).

6 RESULTADOS

Os resultados estão organizados em três blocos: o primeiro refere-se ao GI da Rede de Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas utilizando o diabetes mellitus como condição traçadora; o segundo descreve o contexto de implantação dessa Rede; e o último aborda a relação entre o contexto e o grau de implantação.

6.1 Grau de Implantação da Rede de Atenção à Saúde aos Portadores de Doenças Crônicas Não Transmissíveis

O grau de implantação da RAS aos portadores de DCNT foi apresentado por componente do Modelo Lógico, e por fim, na dimensão unitária da rede de DM no DS III do município de Recife. Foram citados os indicadores de maior destaque.

6.1.1 Grau de implantação da RAS aos portadores de DM por componente do Modelo Lógico

6.1.1.1 Grau de implantação da Atenção Primária à Saúde

Constituem a Atenção Primária à Saúde (APS) as Unidades de Saúde da Família. Esse componente caracterizou-se como parcialmente implantado, com GI de 63,8%. A pontuação percentual da dimensão estrutura foi de 48,8%, com destaque negativo para a variável "normatização", que obteve pontuação percentual de 40%. Dentro dessa variável, os indicadores "existência de manual (is) para orientar quanto à realização de exames de imagem" e "existência de protocolo para estratificação dos pacientes por riscos" obtiveram os piores escores (0% e 16,7%, respectivamente) (**Quadro 3**).

A variável "equipamentos e insumos" também se destacou negativamente, com pontuação percentual de 43,9%. Obtiveram piores escores os indicadores "existência de medicação para controle de neuropatias" e "existência de fitoterápicos, homeopáticos e/ou plantas medicinais" (11,1% e 16,7%, respectivamente) (**Quadro 3**).

Quanto à dimensão processo, a pontuação percentual foi de 72,6%, com destaque positivo para os indicadores "busca ativa", "detecção precoce/rastreamento", "incentivo ao uso da APS como porta de entrada", "estabelecimento do nível de atenção", "Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente diabético", "grupos", "frequência dos grupos",

"promoção da saúde" e "encaminhamento para outros níveis de atenção", todos com pontuação percentual máxima (100%) (**Quadro 3**).

Dentro dessa dimensão, se destacaram negativamente os indicadores "estratificação por risco" (8,3%), "consulta" (16,7%) e "comunicação entre pontos de atenção" (16,7%) (**Quadro 3**).

Quadro 3 – Pontuação (%) da dimensão estrutura por variável e indicador, e da dimensão processo por indicador da Atenção Primária à Saúde do distrito sanitário III do município de Recife.

(continua)





DIMENSÃO	VARIÁVEL	INDICADOR	PONTUAÇÃO ATINGIDA (%)
ESTRUTURA	Estrutura Física	Existência de consultórios para atender aos pacientes	100
		Existência de local adequado para realização das atividades educativas / grupos	66,7
	Total da variável		83,3
	Equipamentos e insumos	Existência de material para cadastro de todos os diabéticos	33,3
		Existência de equipamentos e insumos para atendimento do paciente diabético	50
		Existência de material educativo	33,3
		Existência de Fitoterápicos/Homeopáticos/Plantas Medicinais	16,7
		Existência de medicação para controle do DM	61,1
		Existência de medicação para controle pressórico	66,7
		Existência de medicação cardioprotetora	75
		Existência de medicação para melhora de perfil lipídico	50
	Existência de medicação para controle de neuropatias	11,1	
	Total da variável		43,9
	Recursos Humanos	Existência de Profissionais	83,3
		Equipe de saúde qualificada	66,7
		Existência de apoio matricial com a frequência necessária	25
	Total da variável		58,3
	Normatização	Existência de protocolo para estratificação dos pacientes por riscos	16,7
		Existência de protocolos de atendimento ao DM	66,7
		Existência de fluxograma de atendimento ao DM	83,3
Existência de manual (is) para orientar quanto à realização de exames laboratoriais		33,3	
Existência de manual (is) para orientar quanto à realização de exames de imagem		0	
Total da variável		40	
TOTAL DA DIMENSÃO ESTRUTURA			48,8
PROCESSO	--	Busca ativa	100
		Verificação de fatores de risco	41,7
		Detecção precoce / Rastreamento	100
		Incentivo ao uso da APS como porta de entrada	100
		Cadastro	33,3
		Estratificação por risco	8,3
		Planejamento das ações	66,7
		Estabelecimento do nível de atenção	100
		Visita domiciliar	50
		Consulta	16,7
		Autocuidado apoiado	66,7
		Atendimento prioritário às descompensações de DM	100

Quadro 3 – Pontuação (%) da dimensão estrutura por variável e indicador, e da dimensão processo por indicador da Atenção Primária à Saúde do distrito sanitário III do município de Recife.

(conclusão)

DIMENSÃO	VARIÁVEL	INDICADOR	PONTUAÇÃO ATINGIDA (%)
PROCESSO	--	Discussão de caso clínico	83,3
		PTS do paciente diabético	100
		Grupos	100
		Frequência dos grupos	100
		Prevenção ao DM	66,7
		Promoção da saúde	100
		Projetos intersetoriais	50
		Encaminhamento para oftalmologista	91,7
		Encaminhamento para outros níveis de atenção	100
		Acompanhamento longitudinal	83,3
		Comunicação entre pontos de atenção	16,7
TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO			72,6
GRAU DE IMPLANTAÇÃO (total ponderado)			63,8

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda:  Não implantado  Implantação incipiente  Parcialmente implantado  Implantado

6.1.1.2 Grau de implantação da Atenção Especializada

Constituem a Atenção Especializada os ambulatórios especializados, os hospitais e os serviços de urgência e emergência. O conjunto de serviços da Atenção Especializada caracterizou-se como parcialmente implantado (GI= 69,4%), variando de 63,7% no conjunto de serviços ambulatoriais especializados a 83,8% no serviço hospitalar (**Quadro 4**).

Para a dimensão estrutura a pontuação percentual foi de 62%, variando entre 48,5% (no conjunto de serviços de urgência e emergência) a 88,6% (no serviço hospitalar). Nessa dimensão, a variável "equipamentos e insumos" foi a única a se destacar positivamente (75,3%), apesar dos escores das urgências e emergências e ambulatorial terem se situado limítrofe ao ponto de corte de implantação ($GI \geq 75,1\%$), não o tendo atingido (73,3% e 73,8%, respectivamente). A variável com maior destaque negativo foi a de "normatização" (38%), em que as urgências e emergências tiveram percentual de 0%, enquanto que o serviço hospitalar obteve percentual de 100% (**Quadro 4**).

No que se refere à análise da dimensão processo, verificou-se que a pontuação percentual foi de 77,2%, variando entre 66% (no conjunto de serviços ambulatoriais) a 90% (no conjunto de serviços das urgências e emergências). O pior indicador da dimensão processo foi a "consulta" ($GI = 0\%$), uma vez que ela não era realizada de forma completa, nem na frequência preconizada pelo Ministério da Saúde (**Quadro 4**).

O indicador de "comunicação entre os pontos de atenção" recebeu pontuação máxima nos serviços de urgência e emergência, enquanto que no conjunto de serviços ambulatoriais, a

pontuação percentual foi de 25%. Destaca-se que os serviços de urgência e emergência geralmente realizam apenas a referência, enquanto os demais serviços também realizam a contra-referência.

A maioria dos indicadores da dimensão processo se destacou positivamente. Chamam atenção os indicadores "atendimento prioritário às descompensações de DM" e "exames laboratoriais" que obtiveram máxima pontuação percentual (100%) nos três tipos de unidades de análises investigadas, e "exames mais complexos" e "medicações/outros insumos" em dois dos três tipos de unidades de análise estudadas (**Quadro 4**).

Quadro 4 – Pontuação (%) da dimensão estrutura por variável e indicador, e da dimensão processo por indicador das unidades de saúde da Atenção Especializada do distrito sanitário III do Recife.

(continua)

DIMENSÃO	VARIÁVEL	INDICADOR	PONTUAÇÃO ATINGIDA (%)				
			Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência	Total	
ESTRUTURA	Estrutura Física	Existência de consultórios para atender aos pacientes	75	50	50	60	
		Existência de local adequado para realização das atividades educativas / grupos	25	NA	NA	25	
		Existência de leitos	NA	100	100	100	
	Total da variável			50	75	75	65
	Equipamentos e insumos	Existência de material para cadastro de todos os diabéticos	50	50	50	50	
		Existência de equipamentos e insumos para atendimento do paciente diabético	50	50	NA	50	
		Existência de material educativo	100	NA	NA	100	
		Existência de Fitoterápicos/Homeopáticos/Plantas Medicinais	50	NA	NA	50	
		Existência de medicação para controle do DM	83,3	66,7	66,7	73,3	
		Existência de medicação para controle pressórico	83,3	100	100	93,3	
		Existência de medicação cardioprotetora	75	100	100	90	
		Existência de medicação para melhora de perfil lipídico	75	100	100	90	
	Existência de medicação para controle de neuropatias	83,3	100	33,3	66,7		
	Total da variável			73,8	82,4	73,3	75,3
	Recursos Humanos	Existência de Profissionais	50	100	100	80	
		Equipe de saúde qualificada	50	100	0	40	
	Total da variável			50	100	50	60
	Normatização	Existência de protocolo para estratificação dos pacientes por riscos	75	100	0	50	
		Existência de protocolos de atendimento ao DM	100	100	0	60	
		Existência de fluxograma de atendimento ao DM	50	100	0	40	
		Existência de manual (is) para orientar quanto à realização de exames laboratoriais	0	100	0	20	
		Existência de manual (is) para orientar quanto à realização de exames de imagem	0	100	0	20	
	Total da variável			45	100	0	38
TOTAL DA DIMENSÃO ESTRUTURA			61,5	88,6	48,5	62	
PROCESSO	-	Cadastro	50	50	NA	50	
		Atendimento dos encaminhamentos da APS	100	NA	NA	75	
		Classificação por risco	NA	NA	100	100	
		Consulta	0	NA	NA	0	
		Consulta urgência / emergência	NA	NA	100	100	
		Autocuidado apoiado	50	50	NA	66,7	

Quadro 4 – Pontuação (%) da dimensão estrutura por variável e indicador, e da dimensão processo por indicador das unidades de saúde da Atenção Especializada do distrito sanitário III do Recife.

(conclusão)

DIMENSÃO	VARIÁVEL	INDICADOR	PONTUAÇÃO ATINGIDA (%)			
			Ambulatorial	Hospitalar	Urgência e Emergência	Total
PROCESSO	--	Atendimento prioritário às descompensações do DM	100	100	100	100
		Exames laboratoriais	100	100	100	100
		Exames mais complexos	NA	100	100	100
		Dispensação de medicamentos	100	NA	NA	100
		Medicações / outros insumos	NA	100	100	100
		Internamento	NA	NA	75	75
		Cirurgias	NA	100	NA	100
		Terapia Intensiva	NA	100	50	66,7
		Discussão de caso clínico	50	0	NA	50
		Grupos	100	NA	NA	50
		Frequência dos grupos	100	NA	NA	50
		Encaminhamento para outros níveis de atenção	100	100	75	90
		Comunicação entre pontos de atenção	25	50	100	60
		TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO			66	79,2
GI DE IMPLANTAÇÃO (total ponderado)			63,7	83,8	68,3	69,4

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: -- / NA - Não se Aplica.

Legenda: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado

6.1.1.3 Grau de implantação dos Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

O Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico obteve implantação parcial (GI = 69,2%), com a dimensão estrutura obtendo pontuação percentual foi de 68,2%. Os indicadores "existência de referência para Práticas Integrativas e Complementares" (45,5%) e "existência de referência / interconsulta para clínica especializada em tempo oportuno" (48,5%) se destacaram negativamente (**Quadro 5**).

O indicador com maior destaque positivo nessa dimensão foi a "existência de referência para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família", que obteve pontuação percentual de 100%. Também se destacaram positivamente os indicadores "existência de referência para Unidade/Serviço de Pronto-Atendimento" (90%) e "existência de referência para o Serviço de Atenção Domiciliar" (86,4%). Para esse indicador, foi levado em consideração tanto o Serviço de Atenção Domiciliar ofertado pelo município, no caso das Unidades de Saúde da Família, quanto o ofertado pelo Estado, no caso dos Serviços de Urgência, Emergência e Hospitalar (**Quadro 5**).





No que se refere à análise da dimensão processo, a pontuação percentual foi de 72%. Nessa dimensão, se destacaram positivamente os indicadores "suporte técnico e emocional" (100%), "Projeto Terapêutico Singular" (100%), "Projeto Saúde no Território" (100%) e "Educação em Saúde" (85,7%). O destaque negativo ficou para "apoio matricial" e "gestão compartilhada", ambos com 50% (**Quadro 5**).

Quadro 5 – Pontuação (%) das dimensões estrutura e processo por indicador do Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico do distrito sanitário III do Recife.

DIMENSÃO	INDICADOR	PONTUAÇÃO ATINGIDA (%)
Estrutura	Existência de referência / Interconsulta para clínica especializada em tempo oportuno	48,5
	Existência de referência para unidade hospitalar	75
	Existência de referência para Unidade/Serviço de Pronto-Atendimento	90
	Existência de referência para o Serviço de Atendimento Domiciliar	86,4
	Existência de referência para prática de atividades corporais	54,5
	Existência de referência para Práticas Integrativas e Complementares	45,5
	Existência de referência para o Núcleo de Apoio a Saúde da Família	100
	Exames	72,7
	Exames mais complexos	70
TOTAL DA DIMENSÃO ESTRUTURA		68,2
Processo	Visita domiciliar	66,7
	Atendimento domiciliar	66,7
	Suporte técnico e emocional	100
	Apoio matricial	50
	Gestão compartilhada	50
	Atividade física/práticas corporais	61,1
	Educação em saúde	85,7
	Projeto Terapêutico Singular (PTS)	100
	Projeto Saúde no Território (PST)	100
TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO		72
GRAU DE IMPLANTAÇÃO (total ponderado)		69,2

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: -- / NA - Não se Aplica.

Legenda:  Não implantado  Implantação incipiente  Parcialmente implantado  Implantado

6.1.1.4 Grau de implantação dos Sistemas Logísticos

Os sistemas logísticos, responsáveis pelo estabelecimento das ligações entre os pontos de atenção à saúde e os sistemas de apoio, obtiveram implantação incipiente (GI = 46,9%). Na dimensão estrutura, a pontuação percentual foi de 45,5%. Destacou-se negativamente o indicador "existência do prontuário eletrônico único ou outro mecanismo que assegure o fluxo de informações acerca do paciente entre os pontos de atenção à saúde da Rede" (0%), que não foi verificado em quaisquer das unidades de análise. Também se destacou negativamente o indicador "existência de veículo com equipe qualificada acompanhando para realizar transporte" (36,4%) que não foi observado em nenhuma das Unidades de Saúde da Família, e apenas em metade dos serviços ambulatoriais (**Quadro 6**).





O destaque positivo ficou para o indicador "existência de uma central de marcação de consultas, exames e regulação de leitos" (100%) que foi relatado existir em todas as unidades de análise. Esse indicador foi pontuado positivamente independente da central e a regulação ocorrer a nível municipal (USF e um serviço ambulatorial) ou estadual (um serviço ambulatorial, hospitalar, urgência e emergência) (**Quadro 6**).

Quanto à dimensão processo, a pontuação percentual foi 60%. O "agendamento de consultas e exames" se destacou como melhor indicador (66,7%) e a "regulação de leitos" como pior (50%) (**Quadro 6**).

Quadro 6 – Pontuação (%) das dimensões estrutura e processo por indicador do Sistema Logístico do distrito sanitário III do Recife.

DIMENSÃO	INDICADOR	PONTUAÇÃO ATINGIDA (%)
Estrutura	Existência de uma Central de marcação de consultas, exames e regulação de leitos	100
	Existência de veículo com equipe qualificada acompanhando para realizar transporte	36,4
	Existência do prontuário eletrônico único ou outro mecanismo que assegure o fluxo de informações acerca do paciente entre os pontos de atenção à saúde da Rede	0
TOTAL DA DIMENSÃO ESTRUTURA		45,5
Processo	Agendamento de consultas e exames	66,7
	Regulação de leitos	50
TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO		60
GRAU DE IMPLANTAÇÃO (total ponderado)		46,9

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda:  Não implantado  Implantação incipiente  Parcialmente implantado  Implantado

6.1.1.5 Grau de implantação do Sistema de Governança





O Sistema de Governança da RAS aos portadores de DM no DS III foi considerado parcialmente implantado, com GI de 71,2%. A dimensão estrutura obteve pontuação percentual de 90%, com destaque positivo para a maioria dos indicadores: "local de trabalho", "disponibilidade de recursos financeiros", "acesso a documentos" e "existência de canal de comunicação com a população", todos pontuando 100%. A pior pontuação foi obtida pelo indicador "equipe qualificada e em tamanho suficiente" (50%) (**Quadro 7**).

Quanto à dimensão processo, verificou-se uma pontuação percentual de 61,5%. Os indicadores "construção de diagnósticos e estabelecimento de prioridades", "monitoramento e avaliação" e "canal de comunicação" se destacaram positivamente (100%). Já os indicadores "programação orçamentária" e "análise e divulgação de informações" obtiveram os piores escores (0% para ambos) (**Quadro 7**).

Quadro 7 – Pontuação (%) das dimensões estrutura e processo por indicador do Sistema de Governança do distrito sanitário III do Recife.

DIMENSÃO	INDICADOR	PONTUAÇÃO ATINGIDA (%)
Estrutura	Local de trabalho	100
	Equipe qualificada e em tamanho suficiente	50
	Disponibilidade de recursos financeiros	100
	Acesso a documentos	100
	Existência de canal de comunicação (ouvidoria, p.ex.) com a população;	100
TOTAL DA DIMENSÃO ESTRUTURA		90
Processo	Construção de diagnósticos e estabelecimento de prioridades	100
	Articulação de serviços/ações de saúde	50
	Programação orçamentária	0
	Monitoramento e Avaliação	100
	Análise e divulgação de informações	0
TOTAL DA DIMENSÃO PROCESSO		54,5
GI DE IMPLANTAÇÃO (total ponderado)		67,9

Fonte: elaborado pela autora.

Legenda:  Não implantado  Implantação incipiente  Parcialmente implantado  Implantado

6.1.2 Grau de implantação da RAS aos portadores de DM no DS III do município de Recife

A RAS aos portadores de DM no DS III do município de Recife obteve implantação parcial (GI = 65,5%), com a dimensão estrutura obtendo GI de 58,1% e a dimensão processo, 73,1%. A pontuação proporcional dos indicadores que compõem a estrutura variou de 0% ("existência do prontuário eletrônico único ou outro mecanismo similar", no componente Sistema Logístico) a 100% ("existência de uma central de marcação de consultas, exames e regulação de leitos", no componente Sistema Logístico; e "existência de canal de comunicação com a população", no componente Governança, por exemplo) (**Quadro 8**).

Na dimensão processo, vários indicadores obtiveram máxima pontuação proporcional (100%). São exemplos: "incentivo ao uso da APS como porta de entrada", "estabelecimento do nível de atenção", "suporte técnico e emocional", "atendimento prioritário às descompensações de DM", "projeto terapêutico singular do paciente diabético", "cirurgias", "construção de diagnósticos e estabelecimento de prioridades" e "monitoramento e avaliação". Alguns indicadores, entretanto, caracterizaram-se como não implantados: "consulta" (12,5%), "programação orçamentária" (0%) e "análise e divulgação de informações" (0%) (**Quadro 8**).

Quadro 8 – Pontuação (%) por dimensão e indicador, e grau de implantação por unidade de análise e no distrito sanitário III do Recife.

(continua)

DIMENSÃO	INDICADOR	PONTUAÇÃO					
		APS	AE	APOIO	S.LOG.	GOV.	DS III
ESTRUTURA	Existência de consultórios para atender aos pacientes	100	60	--	--	--	81,8
	Existência de local adequado para realização das atividades educativa/grupos	66,7	25	--	--	--	56,3
	Existência de leitos	--	100	--	--	--	100
	Existência de material para cadastro de todos os diabéticos	33,3	50	--	--	--	39,3
	Existência de equipamentos e insumos para atendimento do paciente diabético	50	50	--	--	--	50
	Existência de material educativo	33,3	100	--	--	--	50
	Existência de Fitoterápicos/Homeopáticos/Plantas Medicinais	16,7	50	--	--	--	25
	Existência de medicação para controle do DM	61,1	73,3	--	--	--	66,7
	Existência de medicação para controle pressórico	66,7	93,3	--	--	--	78,8
	Existência de medicação cardioprotetora	75	90	--	--	--	81,8
	Existência de medicação para melhora de perfil lipídico	50	90	--	--	--	68,2
	Existência de medicação para controle de neuropatias	11,1	66,7	--	--	--	36,4
	Existência de Profissionais	83,3	80	--	--	--	81,8
	Equipe de saúde qualificada	66,7	40	--	--	--	54,5
	Existência de apoio matricial com a frequência necessária	25	--	--	--	--	25
	Existência de protocolo para estratificação dos pacientes por riscos	16,7	50	--	--	--	31,8
	Existência de protocolos de atendimento ao DM	66,7	60	--	--	--	63,6
	Existência de fluxograma de atendimento ao DM	83,3	40	--	--	--	63,6
	Existência de manual (is) para orientar quanto à realização de exames laboratoriais	33,3	20	--	--	--	27,3
	Existência de manual (is) para orientar quanto à realização de exames de imagem	0	20	--	--	--	9,1
	Existência de referência / Interconsulta para clínica especializada em tempo oportuno	--	--	48,5	--	--	48,5
	Existência de referência para unidade hospitalar	--	--	75	--	--	75
	Existência de referência para UPA/SPA	--	--	90	--	--	90
	Existência de referência para o SAD	--	--	86,4	--	--	86,4
	Existência de referência para prática de atividades corporais	--	--	54,5	--	--	54,5
	Existência de referência para Práticas Integrativas e Complementares (PICs)	--	--	45,5	--	--	45,5
	Existência de referência para o NASF	--	--	100	--	--	100
	Exames	--	--	72,7	--	--	72,7
	Exames mais complexos	--	--	70	--	--	70
	Existência de uma Central de marcação de consultas, exames e regulação de leitos	--	--	--	100	--	100
Existência de veículo com equipe qualificada	--	--	--	36,4	--	36,4	
Existência do prontuário eletrônico único ou outro mecanismo similar	--	--	--	0	--	0	
Local de trabalho	--	--	--	--	100	100	

Quadro 8 – Pontuação (%) por dimensão e indicador, e grau de implantação por unidade de análise e no distrito sanitário III do Recife.

(continuação)

DIMENSÃO	INDICADOR	PONTUAÇÃO					
		APS	AE	APOIO	S.LOG.	GOV.	DS III
ESTRUTURA	Equipe qualificada e em tamanho suficiente	--	--	--	--	50	50
	Disponibilidade de recursos financeiros	--	--	--	--	100	100
	Acesso a documentos	--	--	--	--	100	100
	Existência de canal de comunicação c/ população	--	--	--	--	100	100
	Total Dimensão Estrutura	48,8	62	68,2	45,5	90	58,1
PROCESSO	Busca ativa	100	--	--	--	--	100
	Verificação de fatores de risco	41,7	--	--	--	--	41,7
	Deteção precoce / Rastreamento	100	--	--	--	--	100
	Incentivo ao uso da APS como porta de entrada	100	--	--	--	--	100
	Cadastro	33,3	50	--	--	--	37,5
	Estratificação por risco / Classificação por risco	8,3	100	--	--	--	31,3
	Planejamento das ações	66,7	--	--	--	--	66,7
	Estabelecimento do nível de atenção	100	--	--	--	--	100
	Visita domiciliar	50	--	66,7	--	--	53,3
	Atendimento domiciliar	--	--	66,7	--	--	66,7
	Suporte técnico e emocional	--	--	100	--	--	100
	Consulta	16,7	0	--	--	--	12,5
	Consulta urgência / emergência	--	100	--	--	--	100
	Autocuidado apoiado	66,7	66,7	--	--	--	66,7
	Atendimento prioritário às descompensações de DM	100	100	--	--	--	100
	Discussão de caso clínico	83,3	50	--	--	--	72,2
	PTS do paciente diabético	100	--	100	--	--	100
	Projeto Saúde no Território	--	--	100	--	--	100
	Grupos	100	50	--	--	--	87,5
	Frequência dos grupos	100	50	--	--	--	87,5
	Prevenção ao DM	66,7	--	--	--	--	66,7
	Promoção da saúde	100	--	--	--	--	100
	Projetos intersetoriais	50	--	--	--	--	50
	Encaminhamento para oftalmologista	91,7	--	--	--	--	91,7
	Encaminhamento para outros níveis de atenção	100	90	--	--	--	95,5
	Acompanhamento longitudinal	75	--	--	--	--	75
	Comunicação entre pontos de atenção	16,7	60	--	--	--	36,4
Atendimento dos encaminhamentos da APS	--	75	--	--	--	75	
Exames laboratoriais	--	100	--	--	--	100	
Exames mais complexos	--	100	--	--	--	100	

Quadro 8 – Pontuação (%) por dimensão e indicador, e grau de implantação por unidade de análise e no distrito sanitário III do Recife.

(conclusão)

DIMENSÃO	INDICADOR	PONTUAÇÃO					
		APS	AE	APOIO	S.LOG.	GOV.	DS III
PROCESSO	Dispensação de medicamentos	--	100	--	--	--	100
	Medicações / Outros insumos	--	100	--	--	--	100
	Internamentos	--	75	--	--	--	75
	Cirurgias	--	100	--	--	--	100
	Terapia Intensiva	--	66,7	--	--	--	66,7
	Apoio matricial	--	--	50	--	--	50
	Gestão compartilhada	--	--	50	--	--	50
	Atividade física/práticas corporais	--	--	61,1	--	--	61,1
	Educação em saúde	--	--	85,7	--	--	85,7
	Agendamento de consultas e exames	--	--	--	66,7	--	66,7
	Regulação de leitos	--	--	--	50	--	50
	Construção de diagnósticos e estabelecimento de prioridades	--	--	--	--	100	100
	Articulação de serviços/ações de saúde	--	--	--	--	50	50
	Programação orçamentária	--	--	--	--	0	0
	Monitoramento e Avaliação	--	--	--	--	100	100
Análise e divulgação de informações	--	--	--	--	0	0	
Total Dimensão Processo		72,6	77,2	72	60	54,5	73,1
GRAU DE IMPLANTAÇÃO (total ponderado)		63,8	69,4	69,2	46,9	67,9	65,5

Fonte: elaborado pela autora.

Nota: -- / NA - Não se Aplica.

Legenda: ■ Não implantado ■ Implantação incipiente ■ Parcialmente implantado ■ Implantado

6.2 Contexto de Implantação da RAS aos portadores de DCNT no Distrito Sanitário III do município de Recife

O contexto político e contingente da implantação da Rede de Atenção à Saúde aos portadores de DCNT foi abordado nos âmbitos distrital e central, de acordo com as variáveis contextuais e suas categorias temáticas. Para descrever o contexto de implantação no DS III do município de Recife, foram citados alguns trechos das entrevistas realizadas com os gestores relacionados à Atenção à Saúde dos portadores de DCNT.

6.2.1 Análise das Categorias do Contexto Político da Implantação

6.2.1.1 Investimento para implantação da RAS aos portadores de DCNT

Categoria desfavorável à implantação em todos os âmbitos estudados. No âmbito distrital, não havia incentivo de qualquer natureza, e no central, foi relatado a existência de um recurso financeiro inespecífico, ou seja, não havia garantias de que parte dos recursos fossem destinados à implantação da RAS aos portadores de DCNT: "[...] o recurso da gente não é específico. Mas pra gente fazer dentro dos nossos serviços, isso já está contemplado, dentro do que vem de recurso para a Atenção Básica e média e alta complexidade." (Coordenação da Política de Saúde das Pessoas com DCNT).

6.2.1.2 Conhecimento sobre a situação de saúde da população e implantação da RAS aos portadores de DCNT no município

Categoria desfavorável no âmbito distrital. A vigilância epidemiológica desconhecia qualquer distribuição (por região, sexo, faixa etária) das DCNT: "Eu sei que tem muitos diabéticos no distrito, mas a quantidade não." (Coordenação da Vigilância Epidemiológica Distrital).

Na esfera central, os relatos sugerem que a Coordenação da Política de Saúde das pessoas com DCNT entendem sobre a magnitude das doenças crônicas no município e sobre o funcionamento dos serviços e a forma como se articulam. No entanto esse conhecimento é prejudicado possivelmente pelo pouco tempo de criação da Coordenação, que no momento da entrevista era inferior a dois meses:

[...] então, nesse um mês que eu passei, [...] eu estava tentando enxergar o que a gente tinha, tanto em relação às doenças, quanto em relação aos serviços. E o indicador que a gente tem ainda é um número bem fácil que a gente vê no SIAB, [...] que é o número de diabéticos cadastrados e acompanhados. Dá uma média no município todo de 83%. Só que a gente sabe que isso é em relação somente ao que a gente tem de percentual de cobertura, que é um pouco mais de 60% (Coordenação da Política de Saúde das Pessoas com DCNT).

Ainda no âmbito central, a Secretaria Executiva de Regulação e Saúde informa que apesar de não existir um fluxo de atendimento específico para o diabetes, há um protocolo de acesso à rede bem estabelecido, em que qualquer doença crônica já é considerada uma prioridade na marcação das consultas com especialistas:

A gente tem um protocolo de acesso e prioridades. Já é uma doença crônica (diabetes), então já é uma doença de base, ele já entra como amarelo. Se ele tiver qualquer agravamento, ele vai ser classificado como vermelho, para priorizar a entrada deles na consulta (Secretaria Executiva de Regulação e Saúde).

6.2.1.3 Priorização da atenção à saúde aos portadores de DCNT e implantação da RAS

Categoria desfavorável no setor distrital. Apesar de mencionar o diabetes como uma prioridade para gestão e reconhecê-lo como uma doença crônica de grande associação a outras morbidades, a gestora apresenta um discurso incongruente quando questionada quanto à realização da discussão das doenças crônicas no distrito: "Não com ajuda da epidemiologia. Se eles fazem alguma coisa, não é junto com a vigilância epidemiológica"(Coordenação da Vigilância Epidemiológica Distrital).

Na esfera central, ambas gestoras concordam que as doenças crônicas são uma prioridade para gestão, e citam a criação da Coordenação da Política de Saúde das Pessoas com DCNT como exemplo disso. No entanto, discordam quanto ao momento que as doenças crônicas passaram a ser prioridade para gestão: "Desde sempre. [...] Porque são as doenças que vão levar a maiores complicações, maior morbimortalidade, acho que basicamente por isso." (Secretaria Executiva de Regulação e Saúde). E ainda: "Eu acho que a partir da criação da Coordenação mesmo. Porque não tinha nada de concreto. Era uma coisa assim que se pensava, mas não tinha nada para agir de forma concreta, pra poder fazer alguma coisa" (Coordenação da Política de Saúde das Pessoas com DCNT).

6.2.1.4 *Envolvimento dos gestores*

No âmbito distrital, essa categoria é desfavorável. A gestora informa não discutir a situação de saúde dos portadores de doenças crônicas, tampouco a implantação da RAS voltada para esses pacientes: "A gente nunca discute diabéticos e hipertensos" (Coordenação da Vigilância Epidemiológica Distrital).

No âmbito central, entretanto, a gestora responsável pela política de saúde das pessoas com DCNT demonstra conhecer as ações e metas relacionadas a Atenção à Saúde aos portadores de DCNT contempladas no Plano Municipal de Saúde (PMS) e na Programação Anual de Saúde (PAS), assim como busca realizar discussão da situação de saúde desses pacientes e dos indicadores de monitoramento e avaliação. Considera, ainda, a implantação da RAS importante e um dos objetivos da Coordenação: "É, então, o objetivo de ter criado a Coordenação. É um dos objetivos, é esse: a gente montar essa rede" (Coordenação da Política de Saúde das Pessoas com DCNT).

6.2.2 *Análise das Categorias do Contexto Estrutural da Implantação*

6.2.2.1 *Coerência dos planos com as ações de atenção à saúde aos portadores de DCNT*

Categoria favorável. Apesar do PMS 2010-2013 praticamente não contemplar as DCNT, observa-se que as metas contidas no documento são coerentes com a implantação de RAS, em geral, tais como: atenção básica como eixo estruturador da atenção; o estabelecimento de atenção segundo linhas de cuidado com equipes de referência e co-gestão; a incorporação de novas tecnologias (prontuário eletrônico, por exemplo); a melhoria da referência e contra-referência; entre outras.

O PMS 2014-2017, assim como a PAS 2014 já expressam claramente o objetivo de implementar a Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas, e as ações e as metas são coerentes com o que é preconizado para implantação dessa intervenção.

6.2.2.2 *Formalização do setor responsável pela RAS ao portador de DCNT*

Categoria favorável, visto que existia no organograma da SMS um setor responsável pela política de saúde das pessoas com doenças crônicas. Apesar de não existir um setor específico para a RAS aos portadores de doenças crônicas, essa Coordenação procurava

integrar junto às outras políticas também inseridas na Gerência de Políticas Estratégicas, um planejamento comum: "[...] a gente tava tentando fazer isso: era juntar os planejamentos pra gente ver o que conseguia fazer em comum. Pra planejar junto" (Coordenação da Política de Saúde das Pessoas com DCNT).

6.2.2.3 Perfil dos gestores

Categoria favorável, dado que todas as gestoras entrevistadas possuíam formação em saúde pública e atuavam há mais de quatro anos no setor. Quanto às suas áreas de atuação, tinham experiência de mais de um ano, ainda que não fosse no cargo que ocupavam no momento.

Além disso, todas relataram ter bom relacionamento com seus superiores, subordinados e parceiros de trabalho: "Super tranquila. Tanto no nível central, como aqui no distrito. Não tem nenhum atropelo, nenhum entrave" (Coordenação da Vigilância Epidemiológica Distrital). E ainda: "As pessoas são muito dispostas a ver a coisa acontecer, a fazer realmente com que elas aconteçam. Isso tanto com quem está do meu lado, quem é meu par, tanto quanto chefia" (Coordenação da Política de Saúde das Pessoas com DCNT).

Outro aspecto positivo foi o trabalho realizado em parceria com outras áreas técnicas, também relatado por todas:

"A gente se comunica o tempo inteiro com todos os serviços. A gente tem fóruns de integração com os distritos sanitários, que é importantíssimo, porque é exatamente de lá que vem a grande quantidade de pacientes. A gente tem interação com os serviços especializados, reunião, e com a assistência [...]" (Secretaria Executiva de Regulação e Saúde).

6.2.2.4 Existência de Coordenação da RAS aos portadores de DCNT

Categoria favorável, uma vez que foi observada a existência da Coordenação da Política de Saúde das pessoas com DCNT, e essa tinha objetivo de implantar a RAS voltada para essas pessoas, no município.

6.2.2.5 Permanência de gestores e técnicos

Categoria desfavorável, visto que no distrito sequer havia um responsável pela vigilância epidemiológica das doenças crônicas, e na esfera central, a coordenação voltada para a atenção das pessoas portadoras de doenças crônicas, havia sido criada há pouco tempo (menos de dois meses).

6.2.2.6 Condições de trabalho

Categoria favorável, considerando que o ambiente de trabalho da Coordenação da Política de Saúde das pessoas com DCNT favorecia o bom desempenho das atividades e a interação com outras Políticas Estratégicas da Secretaria Executiva de Atenção à Saúde.

Dessa forma, o contexto apresentou-se partidário à implantação da RAS aos portadores de DM no DS III, obtendo mais de 50% das categorias favoráveis. O **quadro 9** faz uma síntese dessa classificação com base na Matriz de Análise Contextual (**Apêndice C**).

Quadro 9 – Análise do contexto de implantação da RAS aos portadores de DCNT no distrito sanitário III do município de Recife por categoria temática.

(continua)

VARIÁVEL	CATEGORIA	ANÁLISE DO PARÂMETRO E CLASSIFICAÇÃO DO CONTEXTO (%)
Suporte dado à intervenção	Investimentos para a melhoria da atenção à saúde dos portadores de doenças crônicas que contribuam para a implantação da RAS	(-) No âmbito distrital não havia incentivo de qualquer natureza. (-) No âmbito central houve apenas um pequeno investimento em recursos humanos, com a criação da Coordenação da Política de Saúde dos portadores de DCNT, e foi relatado a existência de um recurso financeiro inespecífico (recursos vindos para AB, média e alta complexidade), sem a garantia de que parte dos recursos fossem destinados à implantação da RAS aos portadores de DCNT.
Controle na organização para operacionalizar a intervenção	Conhecimento sobre a situação de saúde dos portadores de doenças crônicas e sobre a implantação da RAS no município	(-) A VE não conhece a distribuição dos portadores de doenças crônicas (DM) no distrito; (+) A Coordenação da Atenção à Saúde tem uma certa consciência acerca da epidemiologia das doenças crônicas no município e sobre o funcionamento dos serviços e a forma como se articulam, (-) no entanto esse conhecimento é prejudicado possivelmente pelo pouco tempo de criação da Coordenação; (+) A Regulação tem um protocolo de acesso a consultas com especialistas bem estabelecido, (-) mas não regula os internamentos - a regulação de leitos de internamento é feita pelo Estado.
Coerência entre os objetivos da implantação da RAS e as ações	Priorização da atenção à saúde aos portadores de doenças crônicas e implantação da respectiva RAS	(-) Apenas uma gestora conhecia a situação epidemiológica das doenças crônicas (particularmente o DM); (+) As gestoras tinham conhecimento dos serviços de saúde destinados a esses pacientes, (+) e consideraram um problema de saúde pública; (+) Consideraram a implantação da RAS uma prioridade, (-) mas ocorreram contradições em seus discursos.

Quadro 9 – Análise do contexto de implantação da RAS aos portadores de DCNT no distrito sanitário III do município de Recife por categoria temática.

(conclusão)

VARIÁVEL	CATEGORIA	ANÁLISE DO PARÂMETRO E CLASSIFICAÇÃO DO CONTEXTO (%)	
Coerência entre os objetivos da implantação da RAS e as ações	Envolvimento dos gestores com a atenção à saúde aos portadores de doenças crônicas e implantação de sua respectiva RAS	(+) As ações e metas contempladas nos planos e nas programações relacionadas a Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas/DM e sua respectiva RAS eram de conhecimento do gestor do âmbito central responsável pela Atenção à Saúde; (-) a situação de saúde dos portadores de doenças crônicas/DM não era discutida na esfera distrital, (+) mas era na esfera central; (+) a implantação da RAS foi considerada importante para a melhoria da Atenção à Saúde dos portadores de doenças crônicas	
% DE CATEGORIAS FAVORÁVEIS DO CONTEXTO POLÍTICO			50,0
Atributos organizacionais	Coerência dos planos com as ações de Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas	(-) O PMS 2010-2013 praticamente não contempla as DCNT, (+) no entanto se observa que as metas contidas no documento são coerentes com a implantação de RAS em geral; (+) O PMS 2014-2017, assim como a PAS 2014 já expressam claramente o objetivo de implementar a RAS às pessoas com doenças crônicas, e as ações e as metas são coerentes com o que é preconizado para implantação dessa intervenção.	
	Formalização do setor responsável pela RAS ao portador de doenças crônicas	(+) Existe um setor específico para a Coordenação de Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas no organograma da esfera central da SMS; (-) Não existe um setor específico para a RAS, (+) mas a Coordenação tenta integrar a Atenção à Saúde dos doentes crônicos com as demais políticas de saúde da rede.	
Atributos dos gestores	Perfil dos gestores relacionados ao funcionamento da RAS ao portador de doenças crônicas	(+) Todas as gestoras possuíam formação em saúde pública; (+) Tinham experiência de mais de 01 ano nas suas áreas de atuação - ainda que não fosse no cargo que ocupavam no momento; (+) Todas referiram possuir bom relacionamento com seus superiores, subordinados e parceiros de trabalho; (+) Todas relataram realizar parcerias com outras áreas técnicas.	
Atributos do ambiente	Existência de uma Coordenação da RAS aos portadores de doenças crônicas	(+) Há uma Coordenação da Política de Saúde das pessoas com DCNT com objetivo de implantar a RAS voltada para essas pessoas no município.	
	Permanência de gestores e de técnicos relacionados à Atenção à Saúde de portadores de doenças crônicas e sua RAS	(-) No âmbito distrital sequer havia um responsável pela vigilância epidemiológica das doenças crônicas; (-) No âmbito central a coordenação voltada para a atenção das pessoas portadoras de doenças crônicas havia sido criada há menos de dois meses.	
	Condições de trabalho da Coord. da AS aos portadores de doenças crônicas	(+) O ambiente de trabalho da Coordenação da Política de Saúde das pessoas com DCNT favorecia o bom desempenho de suas atividades.	
% DE CATEGORIAS FAVORÁVEIS DO CONTEXTO ESTRUTURAL			83,3
CLASSIFICAÇÃO FINAL DO CONTEXTO			66,7

Fonte: elaborado pela autora.

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

6.3 Relação entre o Contexto e o Grau de Implantação da RAS aos portadores de DM e seus componentes no Distrito Sanitário III do município de Recife

A maioria dos componentes da RAS aos portadores de DM tiveram GI parcialmente implantado: Atenção Primária à Saúde (63,8%), Atenção Especializada (69,4%), Sistemas de

Apoio Diagnóstico e Terapêutico (69,2%) e Governança (67,9%). Apenas o componente Sistema Logístico obteve GI incipiente (46,9%).

Mais de 80% das categorias referentes ao contexto estrutural contribuíram positivamente para implantação da Rede. A coerência do plano municipal de saúde (2014-2017) com a Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas e implementação da respectiva RAS, mantém relação positiva com alguns achados na APS: o incentivo ao uso da APS como porta de entrada no sistema de saúde, o estabelecimento do nível de atenção do paciente e o acompanhamento longitudinal do paciente na Rede, que são ações preconizadas para implementação da intervenção.

Além dessas, outras ações desenvolvidas pelos outros componentes da Rede são coerentes com a implantação da RAS e possivelmente também influenciadas por esse contexto. São exemplos: nos Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, a existência de referência para Unidades/Serviços de Pronto-Atendimento, para o SAD, para o NASF; no sistema de Governança, a existência do canal de comunicação com a população, a construção de diagnósticos, o monitoramento e a avaliação das ações relacionadas a Atenção à Saúde dos portadores de DM, atividades que se encontram em consonância com as normativas referentes à implantação da RAS.

Também contribui positivamente para a implantação da RAS, a existência de um setor específico para a Coordenação da Política de Saúde dos portadores de DCNT no âmbito central. A existência dessa Coordenação com objetivo de implantar a RAS sugere uma propensão à disponibilização de recursos financeiros pela gestão.

O fato da Coordenação tentar integrar a Atenção à Saúde dos doentes crônicos com as demais políticas de saúde da rede, viabiliza a referência para o SAD e o NASF, dos Sistemas de Apoio. O acesso a documentos pela Governança pode ter sofrido influência do bom relacionamento relatado pelas gestoras com seus superiores, seus subordinados e seus parceiros de trabalho, e do ambiente de trabalho favorável ao desenvolvimento e bom desempenho.

Todas as gestoras possuíam formação em saúde pública, o que pode ter influenciado na construção de diagnósticos, estabelecimento de prioridades, e realização do monitoramento e avaliação das ações. Isso pode ter sido reforçado pela experiência de mais de um ano nas respectivas áreas de atuação que todas referiram possuir.

Alguns aspectos do contexto estrutural também podem ter influenciado negativamente a implantação da RAS aos portadores de DM no distrito. O fato da Coordenação da Política de Saúde das pessoas com doenças crônicas ter sido criada há pouco tempo (menos de dois

meses quando da realização da pesquisa) demonstra que esta é uma preocupação recente no município, e esse aspecto tem intrínseca relação com a falta de programação orçamentária, de análise e divulgação de informações acerca da situação de saúde dos portadores de DCNT. Esse fato também pode ter corroborado para a frágil comunicação existente entre os diferentes pontos de atenção da Rede.

A inexistência de um responsável pela Vigilância Epidemiológica (VE) das DCNT no distrito, possivelmente ocasiona nas precárias análises e divulgação de informações pela Governança.

No contexto político, 50% das categorias contribuíram positivamente para a implantação da RAS aos portadores de DCNT. A existência do protocolo de acesso a consultas com especialistas bem estabelecido parece influenciar diretamente na existência de um fluxograma de atendimento ao DM na APS, assim como no atendimento prioritário às descompensações da diabetes. Parece também influir na Classificação por Risco, realizada pelos serviços de urgência e emergência e no encaminhamento para outros níveis de atenção sempre que detectada necessidade.

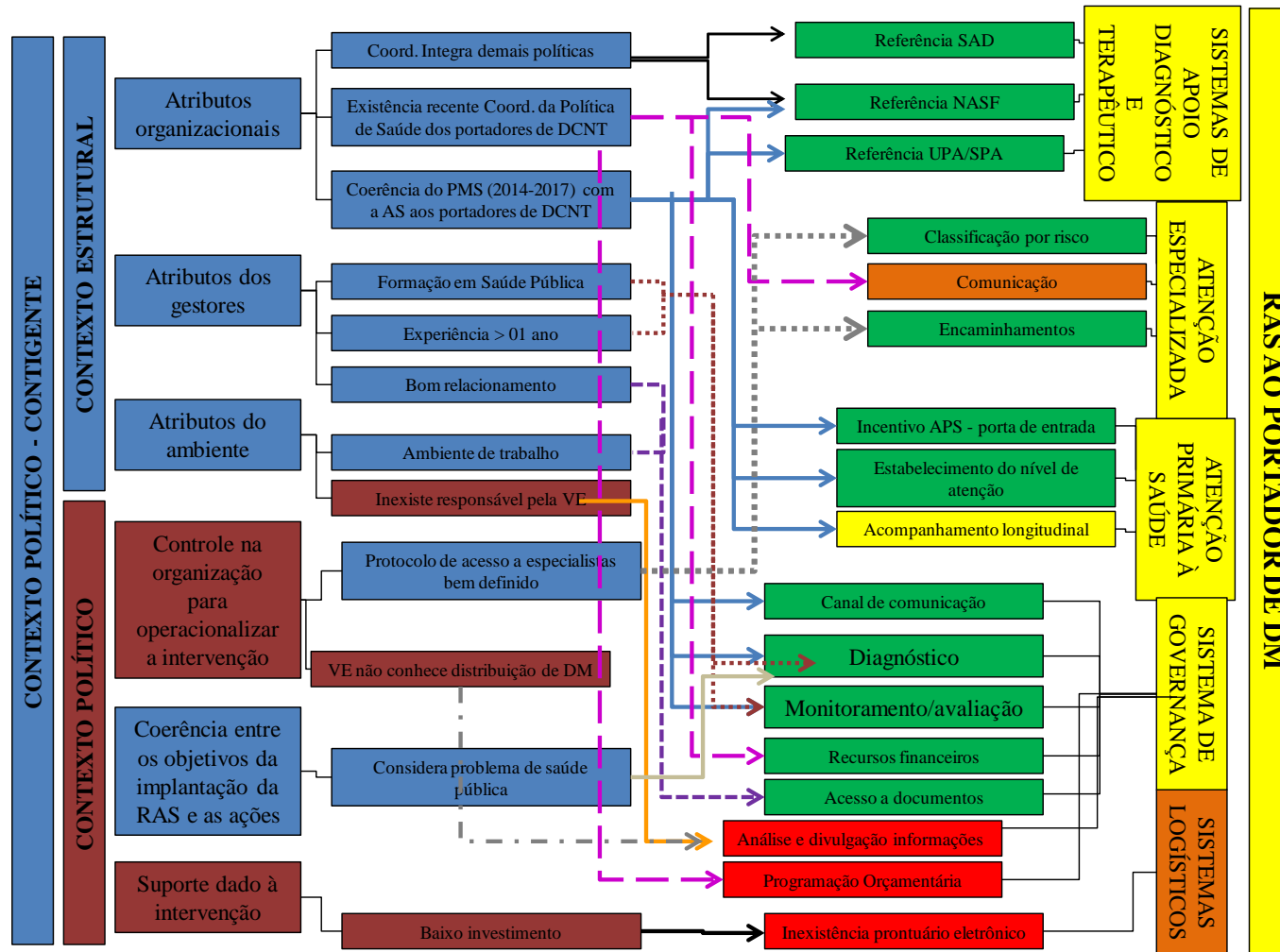
A gestão, ao considerar as DCNT um problema de saúde pública e a implantação da RAS importante para a melhoria da atenção à saúde das pessoas portadoras dessas patologias, possivelmente influenciou a realização do monitoramento e avaliação, assim como a construção de diagnósticos e o estabelecimento de prioridades pela Governança.

As categorias restantes do contexto político (50%) influenciaram negativamente a implantação da Rede. O fato da VE não conhecer a distribuição dos portadores de DCNT no distrito, sugere relação com o prejuízo na análise e divulgação das informações pela Governança. O baixo investimento no âmbito central para implantação da Rede pode estar relacionado à inexistência do prontuário eletrônico único ou outro mecanismo que garanta a comunicação entre os pontos de atenção à saúde.

Em suma, no âmbito do DS III do município de Recife, o contexto mostrou-se favorável (66,7%) à implantação da RAS ao portador de DM. E o grau de implantação foi considerado parcialmente implantado (65,6%).

A **figura 7** ilustra a influência do contexto sobre o GI da RAS (e seus componentes) ao portador de DM.

Figura 7. Fluxograma da influência do contexto sobre o GI da RAS (e seus componentes) aos portadores de DM do DS III do município de Recife - PE.



Fonte: elaborado pela autora.

Legenda: Contexto: Favorável Desfavorável

GI: Implantado Parcialmente implantado Incipiente Não implantado

7 DISCUSSÃO

A discussão está organizada por componente do modelo lógico da RAS ao portador de DM. Dessa forma, para cada componente apresentado, os resultados relativos ao GI, ao contexto e à influência do contexto sobre o grau de implantação serão discutidos conjuntamente.

7.1 Atenção Primária à Saúde

Definida como o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, devendo orientar-se pelos princípios da universalidade, equidade, integralidade, coordenação do cuidado (BRASIL, 2012c), entre outros, a APS assume papel de destaque na conformação das Redes de Atenção à Saúde.

É o conhecimento em profundidade da população que está sob sua responsabilidade, que permitirá à APS, ao fazer o ordenamento da RAS, romper com a gestão baseada na oferta e instituir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população. Portanto, faz-se necessário o cadastramento e a estratificação dessa população por risco (MENDES, 2012).

No presente estudo, as ações de '**cadastro**' e de '**estratificação por risco**' foram caracterizadas como **não implantadas** nas eqSF estudadas. O fato da Vigilância Epidemiológica distrital sequer discutir a situação das DCNT no território pode colaborar para o enfraquecimento dessa última ação (estratificação por risco) nas USF.

Corroboram para a não realização dessas ações, a in'**existência de protocolos para estratificação dos pacientes por risco**' em 83,3% das USF estudadas, e a **implantação incipiente** de '**material para cadastro dos diabéticos**'. O Ministério da Saúde, entretanto, destaca que apesar de ser uma ferramenta útil e necessária, o protocolo de estratificação de risco sozinho não é capaz de definir o risco ou a vulnerabilidade da pessoa. Faz-se necessário o diálogo, a interação, a escuta, o respeito e o acolhimento do usuário e sua queixa, para avaliação de seu potencial de agravamento (BRASIL, 2012a).

Ainda como prerrogativa de funcionamento, a APS deve ser a porta de entrada preferencial aberta e resolutiva na RAS. Constituir-se em porta aberta envolve facilitação do acesso com atendimento oportuno às demandas dos usuários, acolhimento e atendimento rotineiro da demanda espontânea (FAUSTO *et al.*, 2014). Segundo Starfield (2002), o acesso é o primeiro requisito para que isso ocorra, sendo necessário a eliminação de barreiras financeiras, geográficas, organizacionais e culturais.

Segundo Azevedo e Costa (2010), em estudo realizado com usuários acerca de suas percepções quanto ao acesso à Estratégia de Saúde da Família no DS IV do município de Recife, a ESF caracterizou-se como uma estreita porta de entrada no sistema de saúde. Os principais problemas encontrados pelos autores foram: deficiente sistema de referência e contrarreferência; demora no retorno dos resultados dos exames laboratoriais; excessivo número de famílias por equipe; dificuldades para marcar consultas; despesas com medicamentos.

No presente estudo, o mecanismo de referência, analisado pelo indicador **'encaminhamento para outros níveis de atenção'** foi considerado **implantado**, tendo sido relatado em todas as eqSF estudadas. Já a contrarreferência, analisada pelo indicador **'comunicação entre pontos de atenção'** caracteriza-se como **não implantada**, tendo sido relatada acontecer nunca ou quase nunca por 66,7% das equipes analisadas, e raramente ou às vezes pelo restante das equipes.

Tais achados são corroborados por outros autores. Uma pesquisa realizada em 2012 com equipes e usuários do Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), verificou que 52% dos especialistas para quem os pacientes são encaminhados, nunca entram em contato com a eqSF para trocar informações (FAUSTO *et al.*, 2014). Outro estudo realizado em dez centros urbanos brasileiros que tinham por objetivo analisar a integração da atenção básica à rede de serviços de saúde, revelou que um terço ou mais dos profissionais de nível superior das eqSF nunca receberam qualquer tipo de contrarreferência em três cidades (Palmas - 44%, Brasília - 39%, e Aracaju - 32%). As autoras afirmam que a troca de informações entre profissionais é essencial para que o generalista exerça sua função de coordenador dos cuidados ao paciente (GIOVANELLA; ESCOREL; MENDONÇA, 2003).

Já quanto ao excessivo número de famílias/equipe encontrado pelos autores, indicando para a sobrecarga de trabalho, nosso estudo aponta para a divergência. A quantidade de profissionais foi considerada suficiente para atender a demanda, obtendo grau de implantação de 83,3%. Todavia, essas equipes foram consideradas **parcialmente implantadas** quanto à **qualificação**, e **não implantadas** quanto ao **apoio matricial** na frequência considerada necessária pelos trabalhadores.

Segundo Mendes (2011), o processo educacional é essencial para uma boa gestão da clínica. Em 66,7% das equipes estudadas, apenas alguns profissionais da equipe receberam qualificação acerca da atenção ao DM nos últimos dois anos, ou ainda, todos os profissionais haviam sido qualificados, mas há mais de dois anos.

Quanto ao apoio matricial na frequência julgada necessária pelos trabalhadores, metade relatou não possuir qualquer tipo de matriciamento, enquanto a outra metade relatou possuir numa frequência considerada inadequada. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012c) e Fausto (2014), o apoiador matricial pode agregar saber às equipes de referência e contribuir para aumentar a resolutividade da equipe.

Além dos processos educativos e matriciamentos, outras estratégias podem ser adotadas pela Atenção Básica com vistas a aumentar sua resolutividade. São exemplos: o estabelecimento de parcerias com outros setores, a discussão de caso clínico e o Projeto Terapêutico Singular (BRASIL, 2004a). No presente estudo, o desenvolvimento de **projetos intersetoriais** apresentou grau de **implantação incipiente**, enquanto que a realização de **PTS** e **discussão de casos clínicos** foram consideradas **implantadas**.

Também foram avaliadas a disponibilidade e regularidade de distribuição das medicações frequentemente utilizadas pelos diabéticos na RAS. No que se refere à Atenção Básica, as **medicações** foram caracterizadas como **não implantadas** (medicações para controle de neuropatias e fitoterápicos, homeopáticos ou plantas medicinais), com **implantação incipiente** (medicações para melhora do perfil lipídico), ou como **parcialmente implantadas** (medicações para controle de DM, controle pressórico e medicação cardioprotetora).

Quando questionados acerca da problemática da oferta irregular, e portanto, do uso descontínuo dessas medicações, a maioria dos entrevistados enfatizou que com a existência do Programa "Aqui tem Farmácia Popular", integrante do Programa Farmácia Popular do Brasil (BRASIL, 2011b), o uso dessas medicações não era interrompido ao faltar na farmácia do posto, pois os usuários poderiam efetuar a retirada gratuita dessas medicações nas farmácias e drogarias privadas conveniadas.

Um estudo realizado no município de Recife com hipertensos e diabéticos entre 2009 e 2010 (BARRETO, 2012), entretanto, evidenciou que muitos pacientes apresentavam custos com seus tratamentos medicamentosos. Dos usuários que tratavam o DM com comprimidos, pouco mais de 23% referiu precisar comprar algum antidiabético oral, tendo um gasto mediano de R\$18,50. Já dos pacientes em insulinoterapia, 13,6% referiu necessidade em comprar insulina e seringas, sendo o gasto mediano mensal de R\$ 48,00.

O estudo de Azevedo e Costa (2010) corrobora nossos achados. Eles relataram que apesar da farmácia das Unidades serem abastecidas mensalmente, a quantidade de medicamentos recebidos não correspondia à necessidade de todos, e a busca pelos remédios

havia se tornado um processo que requeria agilidade, pois a garantia era daqueles que chegavam primeiro (antes que a medicação acabasse).

Situações semelhantes puderam ser verificadas em outros estudos realizados no município de Recife (MENDES, 2012) e em outras localidades (LIMA *et al.*, 2007; SERAPIONI; SILVA, 2011; SOUZA *et al.*, 2008). Isso alerta para a necessidade de um olhar mais criterioso da Assistência Farmacêutica realizada no Brasil, dado que a regularidade no uso das medicações auxilia o controle do Diabetes e de suas comorbidades.

Outra prerrogativa do funcionamento da APS na Rede de Atenção à Saúde é o **acompanhamento longitudinal**. Mais de 83% das eqSF relataram realizar o acompanhamento de todos ou da maioria dos diabéticos que se encontravam em outros serviços. E todas as eqSF afirmaram **incentivar o uso da APS** como porta de entrada na Rede, assim como realizar o **encaminhamento para outros níveis de atenção**, sempre que identificada a necessidade.

Segundo Giovanella, Escorel e Mendonça (2003), a definição de protocolos clínicos com estabelecimento de fluxos e definição de responsabilidades se constituem em importantes estratégias para a integração do sistema e melhoria da referência. No presente estudo, a '**existência (e utilização) de protocolos de atendimento ao DM**' foi considerada **parcialmente implantada**. Já a '**existência (e utilização) do fluxograma de atendimento ao DM**', foi considerada **implantada**.

A disponibilização de manuais com orientações quanto à realização de exames laboratoriais e de imagem podem representar uma otimização dos gastos, dado que exames desnecessários deixariam de ser solicitados. Entretanto, nesse estudo, a '**existência (e utilização) de protocolos para orientação quanto aos exames laboratoriais e de imagem**', se caracterizaram como com **implantação incipiente e não implantada**, respectivamente.

Outro indicador que chamou atenção, dado sua importância e seu baixo grau de implantação foi a '**consulta**'. Considerada **não implantada**, 80% das eqSF relataram não realizar a consulta completa, nem na frequência adequada, preconizadas pelo MS (BRASIL, 2013b). Como justificativa para a não realização da consulta em sua completude (exame físico e teste de sensibilidade dos pés, medida de glicemia capilar, pressão arterial e peso), os trabalhadores alegaram alta demanda, e principalmente no que se refere ao exame físico e teste de sensibilidade dos pés, só examinar quando apresentada queixa pelo paciente.

Um estudo realizado no município de Recife com pacientes portadores de pés diabéticos entre 2006 e 2007, revelou que dos pacientes submetidos à amputação, 81,2% negaram ter seus pés examinados nas consultas realizadas na Atenção Básica, e 74,1%

referiram não terem recebido orientações sobre o cuidado com os pés. Segundo o mesmo estudo, pacientes que não tiveram seus pés examinados no último ano, apresentaram uma probabilidade 3,39 vezes maior de serem submetidos a uma amputação, se comparado aqueles que tiveram seus pés examinados (SANTOS, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde, os diabéticos devem ter no mínimo um exame anual de seus pés, e esse número se eleva caso o risco de complicações aumente (BRASIL, 2013b). Além disso devem ser orientados quanto aos cuidados com os pés, devendo examiná-los diariamente, não utilizar sapatos sem meias, não andar descalço, não remover calos ou unhas encravadas em casa, entre outros.

De uma maneira geral, **a APS na RAS aos portadores de DM**, caracterizou-se como **parcialmente implantada**, e o desenvolvimento de todas as suas funções (ordenadora do cuidado, coordenadora da atenção, resolutiva, etc) depende intrinsecamente do desenvolvimento dos outros componentes da RAS. Segundo Tanaka (2011), na proposta de construção de redes, cada serviço de saúde deve ser capaz de ofertar a densidade tecnológica necessária para cumprir suas funções específicas.

Nesse sentido, a avaliação da APS na construção da RAS não se restringe ao serviço em si, mas à relação deste com os outros serviços da rede (componentes), que dispõem de distintas tecnologias (dura, leve, leve-dura) (MERHY, 2005), e complementam a atenção ofertada pela APS.

Nesse estudo percebeu-se um processo em construção desse componente da RAS, visto que a implantação da RAS foi considerada importante para a melhoria da atenção à saúde dos portadores de DCNT pelos gestores, e o atual Plano Municipal de Saúde (2014-2017) mantém uma coerência com a implantação da RAS aos portadores de DCNT, com destaque para o fortalecimento desse nível de atenção.

7.2 Atenção Especializada

Encarada como "gargalo" da rede de serviços SUS (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010), a Atenção Especializada deve apoiar e complementar os serviços da Atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno (BRASIL, 2013a; MENDES, 2012;). A dificuldade de acesso aos serviços de média complexidade (principalmente consultas com especialistas e exames) tem se revelado um dos principais entraves na garantia da integralidade da atenção (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Estudo realizado pelo Ministério da Saúde entre 2001 e 2002 (BRASIL, 2004b) constatou que o déficit de apoio diagnóstico e de referência para clínica especializada influenciou na atenção prestada aos usuários da Estratégia Saúde da Família, repercutindo negativamente na continuidade do cuidado, e na resolubilidade desse nível de atenção.

Muitos autores concordam que a resolubilidade da Atenção Básica depende, em grande medida, do acesso aos serviços especializados (SCOREL *et al.*, 2007; FEUERWERKER, 2005). Por outro lado, se a atenção básica falha, aumenta a demanda para a média complexidade (SPEDO; PINTO; TANAKA, 2010).

Como se pode observar, todos os serviços estão interligados (em rede) e dependem do mútuo funcionamento para que alcancem seus melhores resultados, garantam a integralidade da atenção e longitudinalidade do cuidado. As referências da Atenção Básica e Especializada, assim como a disponibilização e realização dos exames serão discutidos mais fortemente no item "Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico".

Nesse bloco, trataremos das atividades desenvolvidas (e estruturas envolvidas no desenvolvimento dessas atividades) nos serviços ambulatoriais, de urgência e emergência e hospitalar na Rede de Atenção aos Portadores de DM do DS III.

Dessa forma, chama atenção o **serviço hospitalar** que obteve **GI implantado** tanto na dimensão estrutura, quanto na de processo. Os serviços de **urgência e emergência** também obtiveram **GI implantado na dimensão processo**. Vale salientar que os serviços em questão, são dirigidos pelo Estado, diferentemente dos serviços ambulatoriais, que tinha parte sob gestão municipal e parte sob gestão estadual.

Os serviços hospitalar e de urgência e emergência em questão, funcionam no Hospital Agamenon Magalhães, importante componente da Rede de Saúde do Estado e referência para o Diabetes. Nele, funcionam programas de residências médicas e similares, sendo contratualizado pelos Ministérios da Saúde e da Educação como hospital de ensino. Segundo Barata, Mendes e Bittar (2010), os hospitais de ensino se destacam por serem referência assistencial de alta complexidade, polos formadores de recursos humanos, de desenvolvimento de pesquisas, técnicas e procedimentos.

Apesar disso, foram relatadas como ausentes as '**discussões de caso clínico**' no nível hospitalar. Por outro lado, as '**interconsultas**' foram relatadas serem realizadas sempre quando detectada a necessidade. Esse fato chama atenção, uma vez que ao realizar as interconsultas, em detrimento à realização de discussão dos casos, tem-se a impressão da transmissão de responsabilidades dos "pedaços" do usuário por especialidades.

A Resolução da Comissão Nacional de Residência Médica Nº 02 /2006 (BRASIL, 2006a), que dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica não cita a discussão de caso clínico como requisito para Programas de Endocrinologia ou Clínica Médica, por exemplo, como o faz para outros programas (Cirurgia Geral, Endoscopia, Genética Médica, Medicina Legal e Nutrologia). No entanto, nos parece razoável a realização da discussão de caso clínico num centro formador de recursos humanos, quando se pensa na ampliação do cuidado e na coresponsabilização que deve existir do profissional pela saúde de seu paciente.

Também foi relatada **ausência de qualificações** para os profissionais acerca do DM, pelo menos nos últimos dois anos, e a **ausência de protocolos** (de estratificação por risco, de atendimento ao DM, fluxograma de atendimento, manuais para solicitação de exames laboratoriais e de imagem), nos setores de urgência e emergência.

Conforme discutido anteriormente (no item Atenção Primária à Saúde), o processo educacional é imprescindível para o bom desenvolvimento da clínica (MENDES, 2011). Um estudo que buscou analisar o cuidado ofertado a diabéticos de um Centro de Saúde na Bahia, observou que grande parte dos trabalhadores também não tiveram formação específica para atuar junto a esse paciente (BASTOS *et al.*, 2011). Isso levanta um alerta para a necessidade de ações de educação permanente e/ ou continuada junto a esses profissionais, dado as particularidades inerentes à doença e a importância de seu bom controle clínico.

Em relação à ausência de manuais/protocolos, já foi discutido a importância da definição de protocolos e fluxogramas para integração do sistema. Apesar de não possuir protocolo para estratificação dos pacientes por risco, os serviços de urgência e emergência tiveram a '**classificação por risco**' caracterizada como **implantada**. Essa classificação, em serviços de pronto atendimento, visa atender, prioritariamente, o paciente em maior risco ou agravo de saúde, segundo gravidade clínica, ao invés de atender por ordem de chegada (OLIVEIRA *et al.*, 2010; SOUZA *et al.*, 2011).

Também contrariando Vuori (1991), que dizia que o fundamento da abordagem da estrutura consistia em que boas pré-condições tinham maior possibilidade de resultar em um processo favorável do que pré-condições básicas precárias, a "inexistência" de um local adequado para realização de atividades educativas ou em grupos, não repercutiu na realização e na regularidade dessas atividades junto aos diabéticos, a nível ambulatorial.

Entretanto, nos ambulatorios, as '**consultas**' não eram realizadas em sua completude, nem eram realizadas nas frequências recomendadas pelo Ministério da Saúde, tendo o Centro Municipal afirmado que as consultas aconteciam a cada seis meses - período em que as

medicações acabavam - independente da existência de comorbidades associadas ou lesões em órgãos alvo. Isso sugere um cuidado médico-procedimento-centrado, medicalizador, em dissonância com os princípios e diretrizes do SUS.

Além disso, um estudo realizado no mesmo Centro em 2011, observou que mais de 97% das consultas agendadas para endocrinologia eram de retornos (SILVA, 2012). Spedo, Pinto e Tanaka (2010), apontam que a quantidade excessiva de retornos se dão devido à baixa resolutividade dos ambulatórios de especialidades, tanto em decorrência da má qualidade do serviço prestado, quanto à dificuldade na realização de exames necessários ao diagnóstico e/ou definição terapêutica do caso.

Eles afirmam que muitas vezes os exames solicitados pelos especialistas não são disponibilizados no ambulatório, levando o usuário a retornar à USF de origem, tendo que por vezes entrar em nova fila de espera para realizar o exame, aguardar o resultado, e só então levá-lo ao especialista. Isso repercutiria no acesso de novos pacientes, na medida em que aumentaria o número de retornos até a resolução do caso.

O Centro Médico em questão oferta consultas em cardiologia, endocrinologia, nefrologia, nutrição, psicologia, odontologia, oftalmologia, cirurgias oftalmológicas, exames laboratoriais e dispensa medicações para controle do DM e suas comorbidades.

Quanto aos **exames mais complexos** (USG abdominal, USG doppler, tomografia computadorizada, ecocardiograma, cateterismo, teste de esforço, ENMG), realizam no próprio Centro apenas o ecocardiograma e o teste de esforço, tendo que os demais serem realizados fora, através de cotas via Central de Regulação. Para esses exames, a **quantidade** foi considerada **insuficiente** para atender a demanda e o **resultado em tempo inoportuno**. Spedo, Pinto e Tanaka (2010) destacam que a resolutividade dos ambulatórios sem retaguarda hospitalar é muito limitada.

Somado a isso tudo, esses autores ainda afirmam que muitas vezes o paciente "congela no ambulatório", não retornando à USF, por seu próprio interesse, e atribui à influência do modelo médico-hegemônico, sua busca por serviços e procedimentos mais especializados. Torna-se importante questionar, portanto, o papel da Atenção Básica enquanto coordenadora do cuidado, uma vez que o usuário não retornando à unidade de origem, seu cuidado termina ficando por parte da atenção especializada (SILVA, 2012).

Outro ponto importante de ser discutido foi a '**comunicação entre os pontos de atenção**' que se caracterizou como **não implantado** nos serviços ambulatoriais. A comunicação entre os pontos de atenção acerca da situação de saúde do diabético encaminhado foi relatada acontecer 'raramente/ às vezes', e ainda, 'nunca ou quase nunca'.

Ambos serviços asseguraram realizar o encaminhamento sempre que detectada necessidade, mas relataram que o retorno de informações era "problemático".

Achados semelhantes foram encontrados por Medina (2006) quando estudou a implantação de RAS em dois municípios do Estado da Bahia. Ela evidenciou que o único instrumento gerencial utilizado para a comunicação entre os serviços de saúde era a guia de referência e contra-referência. Sua utilização era restringida, entretanto, apenas ao encaminhamento de referência, inexistindo a contra-referência para a USF.

Para Giovanella, Escorel e Mendonça (2003), a implantação do cartão do usuário do SUS é uma possível estratégia para garantir a contra-referência e melhorar a articulação entre os serviços de saúde. Medina (2006), entretanto, acredita que os problemas relacionados à comunicação estão mais relacionados à atuação do profissional de saúde - seu engajamento, concepções e disposições - que a existência de ferramentas gerenciais. Ela observou que a disponibilidade de instrumentos de comunicação (guias de referência e contra-referência e telefone) não influenciou nos escores relacionados a essa questão.

Faz-se necessário investir na formação desse profissional de saúde que trabalha ou trabalhará no SUS, para que ele tenha uma prática condizente com os preceitos desse sistema. É importante que ele reconheça a importância da realização da discussão de casos clínicos, da realização da contra-referência, da co-responsabilização pela saúde de seu paciente.

Dessa forma, se reconhece a importância da atenção especializada na implantação da RAS aos portadores de diabetes. Entretanto, alguns elementos precisam ser enfrentados pelos gestores para garantia da resolubilidade e integralidade do cuidado do paciente crônico. São exemplos: a formação e qualificação de trabalhadores da saúde, a instituição de protocolos e manuais, a insuficiente oferta de exames mais complexos, a fragilidade de comunicação entre os pontos de atenção acerca da saúde do paciente.

7.3 Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico

Com a função de apoiar ao restante da rede no que se refere à diagnose e terapêutica, esses sistemas se comportaram em consonância ao observado na Rede de Atenção à Saúde aos portadores de DM, caracterizando-se com **parcialmente implantados**. Nessa conjuntura destaca-se o NASF, que apesar de atualmente cobrir cerca de 66,5% das eqSF do município (RECIFE, 2014a), no DS III cobre a totalidade, e foi relatado como sendo uma referência em tempo oportuno para todas as Unidades estudadas.

Já a **referência para práticas integrativas e complementares (PIC)**, e para **clínica especializada** se caracterizaram como tendo uma **implantação incipiente**. Souza *et al.* (2012), ao analisar a oferta e produção das PICs no SUS em três municípios brasileiros, observou que após o estabelecimento da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS em 2006, houve um incremento na oferta dessas práticas em todos os municípios estudados, no período compreendido entre 2007 a 2011.

Recife, um dos municípios participantes do estudo de Souza *et al.*, passou de 2 serviços em 2007 para 17 em 2011. A acupuntura e a homeopatia concentravam-se em maior número nas clínicas particulares, e as práticas corporais, nos centros de saúde e unidades de nível primário de atenção. Souza *et al.* (2012) também observou que cresceu o número de profissionais nesse período, mas que esse crescimento foi maior entre os que não atendiam no SUS.

Para Santos *et al.* (2011), a frágil consolidação da Política de Práticas Integrativas no Recife é resultado de seu processo de construção elitista, em que não envolveu a sociedade e os trabalhadores, fundamentais à legitimação e implementação de qualquer política pública (AGYEPONG; ADJEI, 2008; MANNHEIMER; LEHTO; OSTLIN, 2007).

De encontro ao observado no nosso estudo, em que a referência para as PIC foram caracterizadas como tendo implantação incipiente, o PAS 2014 revela ter ampliado o acesso às práticas com aumento no número de equipes dos Núcleos de Apoio às Práticas Integrativas (NAPI) e realização de projetos intersetoriais (RECIFE, 2014b). É possível que essas intervenções tenham ocorrido em outros territórios, e por isso, não tiveram expressão nos resultados de nosso estudo.

Quanto à **referência para clínica especializada**, que também obteve **implantação incipiente**, refere-se que não existe cotas em quantidade suficiente para todas as especialidades e que essas consultas não ocorrem em tempo oportuno. Isso demonstra a necessidade de otimizar o processo de regulação dessas consultas, assim como ampliar cobertura de algumas especialidades.

Nesse sentido, foram estabelecidas como metas do município a ampliação no número de consultas médicas em cardiologia, a fim de se adequar à portaria ministerial 1.101 de 12 de junho de 2002, e aumentar a proporção de consultas reguladas de 58% para 69%, no ano de 2014. A primeira meta não foi cumprida, mas a segunda foi, segundo dados oficiais (RECIFE, 2014b).

Segundo a Secretária Executiva de Regulação e Saúde do município, a tabela SUS se constitui num entrave à contratação de serviços. Ela afirma que o município teve que fazer

uma tabela suplementar para alguns procedimentos, porque a desatualização da tabela não permitia nem mesmo aos hospitais filantrópicos realizar tais procedimentos. Agregado à baixa oferta de alguns profissionais na Rede, a Secretária ainda incluiu a carência de algumas linhas de cuidado no município. Ela acredita que com a implementação das Unidades Públicas de Atendimento Especializado (UPA E) parte desses problemas serão resolvidos, porque num mesmo ambiente o paciente terá disponível vários exames complementares e várias especialidades médicas e demais profissionais de saúde.

Essas Unidades ofertarão consultas em 13 especialidades médicas, entre elas, cardiologia, endocrinologia, neurologia, dermatologia, e oferecerão exames como ultrassom, raios-x, etc. As unidades terão ainda um Centro de Avaliação e Reabilitação para atender aos usuários com deficiência física e cognitiva mediante assistência multiprofissional, formada por fisioterapeutas, fonoaudiólogos, e nutricionistas (RECIFE, 2014a).

Apesar dos **exames laboratoriais** e alguns **mais complexos** (tomografia computadorizada, ultrassonografia, entre outros) terem sido considerados **parcialmente implantados** na RAS, iremos discuti-los especialmente porque os serviços sob gestão municipal, referiram não possuir cotas para alguns tipos, e também o resultado não chegar em tempo oportuno. Nesse sentido foram programados para o ano de 2014, o estudo das necessidades de cotas de exames em 160 unidades de saúde, a redução do prazo de entrega dos exames em no máximo 20 dias através da contratação de motos para realizar o transporte do resultado dos exames, e a estruturação de 75% das unidades de saúde para receber o resultado dos exames via web. A única meta alcançada foi a contratação das motos (RECIFE, 2014b).

Situações semelhantes à encontrada no município de Recife quanto à escassez de referência para clínica especializada e exames complementares também foram observadas em uma cidade situada no centro-oeste do Estado de São Paulo (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013) e em Florianópolis (SISSON *et al.*, 2011). Para os autores, isso ocorre em virtude desses serviços de maior densidade tecnológica não terem acompanhado a ampliação da cobertura da ESF, levando à descontinuidade da atenção e prejuízos aos atendimentos dos usuários. Os autores alertam que sem a vazão dessa demanda, é possível que ela retorne frequentemente à APS e forme um ciclo de alta demanda e baixa resolutividade, causando desgaste aos profissionais que realizam o enfrentamento cotidiano das necessidades da população (MARIN; MARCHIOLI; MORACVICK, 2013).

Obtiveram **GI incipiente**, o **apoio matricial** e a **gestão compartilhada**. Para o apoio matricial, foram considerados os apoios fornecidos pelo NASF e pelo SAD. O matriciamento

tem a finalidade de assegurar retaguarda especializada a outros profissionais de saúde, nesse caso os da ESF. Essa retaguarda refere-se ao suporte clínico-assistencial e ao técnico-pedagógico (COELHO, 2010). Tanto a equipe do NASF quanto a do SAD, relatou realizar o matriciamento junto às eqSF, mas não de forma sistemática, realizando menos que 04 atividades assistenciais e /ou técnico pedagógicas por semestre.

Essas equipes, entretanto, atuam em territórios vivos e dinâmicos, e o que se caracterizou como um indicador para julgar o processo de trabalho dessas equipes nesse estudo, pode não ter sido apropriado, no momento em que pouco considerou a dinâmica dessas equipes que atuam ao encontro das necessidades de saúde da população. É possível que a maior demanda nos territórios tenha sido por outras atividades, como visitas domiciliares, suporte técnico e emocional, entre outras, e por isso, as ações de matriciamento não tenham sido realizadas conforme nosso critério de julgamento.

Por outro lado, esse indicador se sustenta pela política de saúde municipal que tem como meta ampliar o apoio matricial ofertado às eqSF (RECIFE, 2014b), e pelas próprias diretrizes do NASF que consideram o apoio matricial a ferramenta base para o desenvolvimento de seu processo de trabalho (BRASIL, 2014b), como também o é considerado pressuposto para o trabalho das equipes que compõem a Atenção Domiciliar, sendo apreciado como útil no processo de integração do cuidado (BRASIL, 2012d).

A gestão compartilhada, que também foi avaliada para as equipes NASF e SAD, foi relatada ocorrer pela eqNASF, mas não pela eqSAD. Essa equipe alegou que não conseguia realizar a gestão compartilhada porque a eqSF se "desobrigava" da saúde dos pacientes que estavam em acompanhamento pelo SAD. Essa situação também foi verificada por Andrade *et al.* (2013), e esses autores acreditam que só através da superação dessa desresponsabilização, é que se pode alcançar o cuidado integral, e apontam a definição clara dos papéis de cada serviço como solução para o entrave.

Algumas das limitações verificadas nesse componente da rede, para sua efetiva implantação já foram identificadas pela gestão e se tem indícios de algumas ações que estão sendo planejadas para superar essas dificuldades. Dessa forma, o contexto apresenta-se como favorável à implantação desse componente.

7.4 Sistema Logístico

Esse componente da RAS aos portadores de DM foi o único caracterizado com **GI incipiente**. Sua função está em estabelecer ligação entre os pontos da rede, proporcionando uma atenção mais adequada às necessidades dos pacientes.

A '**existência de prontuário eletrônico único ou outro mecanismo que assegure o fluxo de informações acerca do paciente entre os pontos de atenção à saúde da Rede**' foi o indicador que obteve o pior escore, não sendo identificado em nenhuma das unidades de saúde analisadas, caracterizando-se como **não implantando**.

Esse indicador está relacionado à continuidade informacional, que segundo Reid, Haggerty e Mc Kendry (2002) é um dos atributos da continuidade assistencial. Para os autores, a continuidade da informação, através de mecanismos que assegurem sua disponibilidade e utilização, permite que seja ofertada uma atenção apropriada às necessidades de saúde mais atuais do paciente.

Dessa forma, os prontuários eletrônicos utilizados de maneira integrada, tem sido apontados como capazes de favorecer a transmissão e o compartilhamento de informações sobre o pacientes, ampliando as chances de comunicação entre a APS e os especialistas (ALMEIDA *et al.*, 2010; NAVARRETE; LORENZO, 2009).

Segundo Kuschnir e Chorny (2010), o estabelecimento de mecanismos comunicacionais que assegurem a transferência e utilização da informação clínica sobre o paciente entre as unidades que compõe a rede de serviços, é imprescindível para integração da assistência dentro dessa lógica de Rede.

Entretanto, estudo realizado em 2012 com 16.566 eqSF no país (pesquisa do Programa Nacional para Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica) demonstra que o prontuário eletrônico compartilhado ainda é pouco presente na realidade dessas equipes. Ele foi verificado no processo de trabalho de apenas 11% das equipes, e mesmo nos municípios com mais de 500 mil habitantes, mais da metade das equipes também não possuíam o prontuário eletrônico único (FAUSTO *et al.*, 2014).

A atual gestão da Secretaria Municipal de Saúde do Recife pretende implantar o prontuário eletrônico em 80% das Unidades de Saúde da Família até o final da gestão, em 2017. Até o final de 2014 haviam sido instalados em quatro Unidades, o que corresponde a menos de 2% do total de equipes (251) (RECIFE, 2014b). As equipes que tiveram o prontuário instalado, entretanto, não estavam localizadas no território do estudo, e por isso, não repercutiu em nossos achados.

Para Medeiros (2013), que analisou a coordenação assistencial na rede de serviços de saúde do Recife no que se refere ao portador de DM através dos prontuários clínicos, a implantação do prontuário eletrônico só logrará êxito se medidas, como a padronização de informações de preenchimento obrigatório e institucionalização da avaliação dos serviços de saúde através do prontuário, forem tomadas. Ela acredita que através dessas ações, a qualidade do registro em saúde pode melhorar.

A autora, que percorreu os três níveis de complexidade, concluiu que inexistente a coordenação assistencial na rede de serviços de saúde do Recife no que se refere aos diabéticos. Vale salientar que a coordenação assistencial, estudada pela autora, é composta pela coordenação da informação e pela coordenação da gestão (VAZQUEZ NAVARRETE *et al.*, 2005). Dessa forma, além de estudar a transferência e utilização da informação, referentes à coordenação da informação, ela também estudou a longitudinalidade do seguimento e a consistência da atenção, referentes à coordenação da gestão.

A longitudinalidade do seguimento faz referência ao seguimento adequado do paciente quando existem transições de um nível assistencial a outro, quando das contra-ferências, por exemplo. A consistência da atenção refere-se à coerência entre as decisões clínicas dos diversos profissionais, podendo ser avaliado através da instituição de protocolos clínicos, por exemplo (VAZQUEZ NAVARRETE *et al.*, 2005). O presente estudo não teve intenção de verificar a coordenação assistencial sob esse referencial, mas também não deixou de contemplá-la de certa forma, como se pode perceber pelos indicadores utilizados.

Assim, no que se refere à coordenação da informação, considerando que a qualidade dos registros efetuados seja o reflexo da qualidade da assistência prestada, Medeiros (2013) finaliza:

"Dessa forma, a qualidade das informações contidas em prontuário e a distribuição dos prontuários encontrados na rede de serviços de saúde sugere inadequações no seguimento do paciente que conseqüentemente afetam a consistência da atenção. Um usuário que não tiver a assistência dos diferentes níveis de atenção conforme suas necessidades têm grandes chances de manifestar complicações que vão onerar o SUS".

Também foi avaliado o transporte sanitário, através do indicador '**existência de veículo com equipe qualificada acompanhando para realizar transporte**', que no presente estudo, foi caracterizado com **GI incipiente**. O transporte sanitário público é o transporte de pessoas portadoras de quadro de saúde agudo ou cronicamente enfermas, avaliadas por profissionais de saúde em domicílio ou em unidades de saúde, que necessitam de

encaminhamento a outra unidade de saúde, geralmente de maior complexidade. Também inclui o transporte eletivo de portadores de necessidades especiais com dificuldades de locomoção para realizar exames, consultas especializadas programadas, tratamentos de hemodiálise, dentre outros (BRASIL, 2006b).

No nosso estudo, apenas as unidades sob gestão estadual referiram possuir veículo e equipe qualificada para acompanhar o transporte. Algumas unidades sob gestão municipal afirmaram disponibilizar vale-transporte em algumas situações, ou ainda, contactar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), em caso de urgências e emergências.

Um estudo realizado na cidade de Belo Horizonte acerca do funcionamento do transporte sanitário demonstrou que esse serviço integrado às várias unidades de saúde de diferentes níveis de complexidade foi decisivo para atender às necessidades dos usuários que antes eram encaminhados e necessitavam se deslocar com recursos próprios, de que nem sempre dispunham, ampliando o acesso e a satisfação dos usuários (ALVES; SILVA; NEIVA, 2010).

Na dimensão estrutura, o único indicador considerado **implantado** no componente do Sistema Logístico da RAS ao portador de DM foi a '**existência de uma central de marcação de consultas, exames e regulação de leitos**', independentemente dessa regulação acontecer no nível municipal ou estadual.

Entretanto, vários estudos tem sinalizado como problemática essa "dupla regulação". Almeida *et al.* (2010), aponta que o fato de alguns serviços não estarem sob responsabilidade municipal em Florianópolis e Vitória, gerou um entrave à garantia da atenção especializada. A nível hospitalar, a ausência de centrais municipais de regulação de leitos e internações, além de dificultar o acesso, impediu a definição de fluxos formais, o que se constituiu num importante obstáculo à oferta de atenção integral.

Albuquerque *et al.* (2013), observou situação semelhante no município de Recife no período compreendido entre 2001 e 2008. Na ocasião, apesar do município está habilitado em gestão plena, todos os procedimentos da alta complexidade estavam sob gestão estadual. O município era responsável pela rede de atenção básica e por 34,6% dos procedimentos de média complexidade. Segundo a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) 2002 (BRASIL, 2002a) e o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006c), quando se tem a gestão plena, um único gestor responde por toda a rede assistencial na sua área de abrangência, conduz a negociação com os prestadores e assume o comando da política de saúde em seu território.

No período de nosso estudo, o leito hospitalar e alguns exames mais complexos (como cintilografia, ressonância) permaneciam sendo regulados pelo Estado. A **regulação de leitos** foi caracterizada com **GI incipiente** porque foi considerada não ocorrer em tempo oportuno.

Segundo a Secretária Executiva de Regulação e Saúde do município, o leito hospitalar, por exemplo, tinha o acesso regulado pelo Estado e a gestão realizada pelo município. A entrevistada, entretanto, afirmou que o município passaria a regular uma Central Regional para todos os municípios da macrorregião um, com recursos oriundos do Estado. E ainda enfatizou a construção de um hospital de alta complexidade, o Hospital da Mulher, que contará com leitos e exames de alta complexidade, tudo regulado pelo município.

Pernambuco é dividido em 4 macrorregiões e 12 regiões. A macrorregião é o conjunto de regiões e se constitui no principal nível de referência para atenção de Alta Complexidade. Recife, que é município sede da macrorregião um, também denominada metropolitana, fará regulação de 04 regiões de saúde, o que corresponde a 72 municípios (PERNAMBUCO, 2011).

Quanto ao **agendamento de consultas e exames**, foi verificado que a Regulação realizava o agendamento em sua **plenitude**, mas **não em tempo considerado oportuno**. Segundo Albuquerque *et al.* (2013), existem duas principais razões que justificam essa situação: ou existe uma oferta insuficiente real, ou existe um má gerenciamento para esses procedimentos, em que não se realiza o diagnóstico consistente da capacidade instalada e o percentual efetivo de utilização desses serviços.

Recife opera com o sistema de regulação online disponibilizado pelo Departamento de Informática do SUS (DATASUS), o SISREG. Esse sistema permite conhecer o tamanho real das filas de espera, monitorá-las, definir prioridades clínicas, planejar a oferta da atenção especializada e monitorar o índice de abstenção a consultas e exames (ALMEIDA *et al.*, 2010). Em 2008, entretanto, as cinco especialidades com maior demanda reprimida (oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, cardiologia e urologia) eram as mesmas com maiores percentuais de absenteísmo nas consultas (ALBUQUERQUE *et al.*, 2013).

Para Alves (2011), a demora na obtenção do atendimento necessitado, pode levar o usuário agendado a faltar, uma vez que ele não poderia esperar tanto tempo pelo procedimento e procuraria outros serviços. A Secretária Executiva de Regulação e Saúde de Recife afirma que situações como essas ocorreram no passado porque antes não havia a gestão de fila de espera. Mas que, atualmente, além de gerir as filas, a Regulação Municipal trabalha capacitando os profissionais de nível superior e técnico acerca dos mecanismos de

marcação de consultas e exames, e que sempre são priorizados os serviços mais próximos da localidade do usuário, com objetivo de facilitar o acesso.

Além disso, o município está implantando serviço de *Short Message Service (SMS)*, em que ao ser agendado, o usuário recebe uma mensagem pelo celular, informando local, data e horário da consulta. Também existe o *Call Center*, em que o paciente pode telefonar e tirar dúvidas. Todos esses mecanismos visam reduzir absenteísmo, tempo de espera, etc.

Diante do atual panorama do município, acredita-se que exista um contexto favorável para implantação desse componente da RAS ao portador de DM. Entretanto, vale salientar que enquanto a regulação municipal estiver sem um comando único sob os serviços que atuam em seu território, existirá um limite na promoção da integralidade.

7.5 Sistema de Governança

No nível territorial, a governança se traduz na estruturação de grupos condutores de redes temáticas, responsáveis pelo acompanhamento da implementação da rede e pela articulação com os atores envolvidos. Nesses espaços os diagnósticos são construídos, as prioridades são estabelecidas e os desenhos de rede são elaborados (BRASIL, 2014c).

Nesse sentido, o **sistema de governança** caracterizou-se como **parcialmente implantado**. Na dimensão estrutura, apenas um indicador foi considerado com **GI incipiente: 'equipe qualificada e em tamanho suficiente'**. A equipe, apesar de ser qualificada, não foi considerada em tamanho suficiente. Segundo a Coordenadora da Política de Saúde de DCNT no município, sua equipe era composta por ela e apenas mais quatro apoiadores institucionais. Cada apoiador ficava responsável sozinho por dois distritos sanitários, e além da política de DCNT, também era responsável por outras políticas. Dessa forma, apesar de possuírem qualificação - tinham formação de sanitaristas - o acúmulo de responsabilidades não permitia que desenvolvessem suas atividades de maneira satisfatória, e a área sob suas responsabilidades era muito abrangente.

L'Abbate (1999), em estudo realizado com profissionais egressos do curso de especialização em Saúde Pública da UNICAMP, observou ainda que a sobrecarga de trabalho entre sanitaristas, além de usual, nem sempre vem acompanhada de uma maior recompensa financeira. Segundo Dal Poz (2013), estima-se um déficit global da força de trabalho em saúde de mais de 4 milhões de profissionais. O autor revela que não é incomum, em vários países, a escassez de pessoal qualificado em saúde pública, políticas e gestão em saúde.

Paim e Teixeira (2007) chamam atenção para o que denominam "engessamento" do processo de gestão de serviços e recursos estratégicos. Segundo os autores, a Lei da Responsabilidade Fiscal no Brasil, que limita o gasto público das diversas esferas do governo, dificulta a admissão de pessoal, incidindo drasticamente no setor saúde. Os autores sinalizam, ainda, para a prática de distribuição de cargos na estrutura administrativa em função de interesses político-partidários e de pressões corporativas, o que compromete a reputação do SUS mediante os cidadãos, na medida em que o funcionamento dos serviços fica sujeito à descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária (PAIM; TEIXEIRA, 2007). A forma de contratação dos profissionais, entretanto, não foi escopo de nosso estudo.

A '**programação orçamentária**' e a '**análise e divulgação de informações**' foram indicadores que se destacaram negativamente na dimensão processo, se caracterizando como **não implantados**. Segundo Vieira (2009), o planejamento é vital para que se alcance os resultados esperados. Sem ele, as atividades são realizadas por inércia, de forma desarticulada e desordenada, e os recursos são utilizados de forma menos eficiente.

Na Constituição de 1988 foram estabelecidos instrumentos para planejamento da gestão (Plano Plurianual, a Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária Anual (LOA), a fim de que os recursos financeiros necessários à execução das atividades em cada setor pudessem ser programados em consonância com a receita arrecadada (VIEIRA, 2009). Recentemente, todos os instrumentos de gestão do SUS foram revisados pelo Ministério da Saúde, e nessa perspectiva, foram definidos o Plano de Saúde, a Programação Anual de Saúde e o Relatório Anual de Gestão como instrumentos básicos de planejamento (BRASIL, 2006d).

O município de Recife trabalha com todos esses instrumentos para o planejamento de suas ações. Acredita-se que a governança da RAS aos portadores de DM não realizou a Programação Orçamentária devido ao curto período de criação da Coordenação da Política de Saúde dos portadores de DCNT, que no período da coleta de dados, havia sido criada há menos de dois meses.

Quanto à veiculação de informação acerca da situação de saúde dos diabéticos, foi verificado que na Programação Anual de Saúde 2014 (RECIFE, 2014b) constava a produção e divulgação de dois boletins epidemiológicos sobre as DCNT e fatores de risco. Dessa maneira, também se atribui ao pouco tempo de existência da Coordenação, a não realização dessa ação.

Entretanto, apesar do pouco tempo de criação da Coordenação, outros indicadores foram caracterizados como **implantados** na dimensão processo, como a **construção de**

diagnósticos, o estabelecimento de prioridades, o monitoramento e a avaliação. Vale salientar que o estabelecimento do grau de implantação foi realizado baseado na entrevista com o informante-chave, nesse caso a coordenadora da Política de Saúde dos portadores de DCNT do município.

A consonância dessas ações, caracterizadas como implantadas, com as normativas referentes à implantação da RAS, além do contexto favorável, apontam para melhora no grau de implantação da governança na RAS aos portadores de DM no DS III do município de Recife.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos avaliativos pressupõem julgamento de valor, e portanto, não estão isentos de vieses. O "olhar" depositado e o "valor" atribuído a cada indicador, critério, componente, modificam de acordo com a leitura e a experiência de cada pesquisador. Ainda que se subsidiem nas mesmas normativas e nos mesmos documentos.

O trabalho apresentado não pretendeu ser fim, mas início de uma construção para avaliação de temas tão relevantes e impositivos na atual agenda de saúde, como é o caso das RAS e das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Nesse sentido, elencar as limitações do estudo é uma condição necessária para o avanço. A limitação de tempo e recursos, na maior parte das vezes, ocasionou as demais limitações.

Temáticas muito importantes na constituição de RAS ficaram às margens dessa construção. São exemplos, o financiamento do SUS, a telessaúde, entre outros.

Além disso, a não inclusão do usuário nesse processo avaliativo, certamente deixou de enriquecer os resultados, e por conseguinte, a discussão e as considerações.

Também pode ser considerada uma limitação, o uso de uma escala baseada na opinião do entrevistado para atribuir o escore de alguns indicadores. Isso pode ter se constituído num viés importante para validade interna do estudo, entretanto, pesquisas utilizando a percepção de trabalhadores ou usuários para avaliação de programas e políticas, são cada vez mais comuns.

Apesar da existência de uma Portaria (Nº 1101/GM/2002) que estabelece parâmetros assistenciais de cobertura para procedimentos e consultas no SUS, preferiu-se estabelecer como parâmetro a percepção das pessoas diretamente envolvidas, por acreditar que eles tinham mais condições de responder às questões quanto à suficiência daqueles procedimentos. Apesar disso poder ser apontado como um fator limitador, a não utilização da Portaria se justifica pela crítica realizada por diversos autores quanto a ela não estabelecer parâmetros correspondentes às necessidades da população. Dessa forma, a opinião dos envolvidos, pareceu mais fidedigno e plausível (BRASIL, 2002b).

Para além das limitações, o estudo contribui para avaliação da atenção prestada ao portador de DM no DS III de Recife, identificando alguns "nós" na Rede de Atenção à Saúde aos portadores de DCNT, permitindo que os ajustes necessários para efetiva implantação da Rede possam ser realizados.

Dessa maneira, no contexto em que a intervenção foi avaliada, ficou constatada implantação parcial da RAS aos portadores de DM, com a dimensão estrutura obtendo pior desempenho que a dimensão processo para maioria dos componentes.

Na APS, recomenda-se uma maior aproximação da Vigilância Epidemiológica com o cenário de ocorrência das DCNT, com vistas a fortalecer a estratificação por riscos e assim, garantir a gestão baseada nas necessidades de saúde da população; também se verifica necessidade de implementação de mecanismos que garantam a comunicação entre os pontos de atenção, com vistas ao desenvolvimento da coordenação da atenção por esse nível de atenção. Ademais, o incremento do apoio matricial para aumentar a resolutividade, e um cuidado especial para Assistência Farmacêutica que contribui para regulação do DM e suas complicações através do acesso e distribuição regular das medicações. À todas essas recomendações, acrescente-se a necessidade de funcionamento dos demais componentes da Rede, dada a interdependência que possuem, com vistas a alargar essa porta de entrada no Sistema que tem se caracterizado como estreita.

A Atenção Especializada é encarada como "gargalo" da rede de serviços devido à dificuldades de acesso a consultas com especialistas e exames de média complexidade. Nesse componente, o processo de trabalho verificado sugere para uma prática medicalizadora e de desresponsabilização, sendo imperativo a necessidade da educação permanente junto a esses trabalhadores para que eles tenham uma prática condizente com os preceitos do SUS. Também precisam ser encarados a inexistência de protocolos e manuais, a insuficiência na oferta de exames mais complexos e a fragilidade na comunicação com os demais pontos de atenção da Rede.

Para o componente que tem a função de apoiar ao restante da rede no que se refere à diagnose e terapêutica (Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico), alguns entraves para efetiva implantação do componente na Rede verificados no estudo, também já foram identificados pela Gestão e algumas iniciativas já foram tomadas no sentido de superar essas fragilidades. A incipiente implantação para referência de práticas integrativas e complementares, de consultas especializadas, a insuficiência de cotas e o resultado em tempo inoportuno para alguns exames na rede municipal foram alvo de algumas intervenções destacadas no PMS (2013-2017) e na PAS de 2014. Quanto às atividades matriciais e à gestão compartilhada pelo NASF e SAD à ESF, entretanto, verifica-se a necessidade de uma maior interlocução entre os serviços.

O sistema logístico foi o único componente da Rede considerado com implantação incipiente. Constituem obstáculos à sua efetiva implantação, a dificuldade na continuidade

informativa, a ausência de transporte sanitário no nível municipal e a regulação sob duplo comando, que termina por dificultar a oferta da atenção integral. Nesse sentido, reforça-se as recomendações, no que se refere à continuidade informativa, de padronizar as informações de preenchimento obrigatório no prontuário e instituí-lo como meio de avaliação dos serviços de saúde. Quanto ao transporte sanitário, recomenda-se uma maior articulação com os serviços de assistência social, a fim de possibilitar o transporte principalmente daqueles que não dispõem de recursos. Por fim, a questão da dupla regulação, que de acordo com o que foi apresentado está com o fim próximo, reforça-se a importância da regulação ser dada sob comando único com vistas a garantir a integralidade da atenção.

Finalmente, o sistema de governança. Esse componente se caracterizou como parcialmente implantado e todos os indicadores que se destacaram negativamente parecem ter relação com o pouco tempo em que as DCNT passaram a ter importância para gestão. Esse período coincide com a criação da Coordenação da Política de Saúde das pessoas com DCNT, que havia sido criada há menos de dois meses e ainda estava em fase de estruturação. Isso justifica sua equipe em tamanho insuficiente e a não realização da 'programação orçamentária' e da 'análise e divulgação de informações'. Dessa forma, recomenda-se o apoio e reforço dessa Coordenação no município, que trará grandes contribuições à Atenção dos pacientes diabéticos, inclusive com implantação da RAS aos portadores de doenças crônicas.

Essas recomendações são fruto do estudo de caso aqui apresentado e a ele se aplicam. Aconselha-se a realização de novos estudos, de casos múltiplos, para extrapolação dos resultados, pois seria arbitrário afirmar que nossos achados possam corresponder a outras realidades.

Ressalta-se a interdependência que os componentes da Rede mantêm entre si, sendo necessário seu mútuo funcionamento para que ele seja pleno.

REFERÊNCIAS

- ACHUTTI, A.; AZAMBUJA, M. I. R. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: repercussões do modelo de atenção à saúde sobre a seguridade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 833-840, 2004.
- AGYEPONG, I. A.; ADJEI, S. Public social policy development and implementation: a case study of the Ghana National Health Insurance scheme. **Health Policy Planning**, Oxford, v. 23, n. 2, p. 150-160, 2008.
- ALBUQUERQUE, M. S. V. *et al.* Regulação assistencial no recife: possibilidades e limites na promoção do acesso. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 223-236, mar. 2013.
- ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286-298, fev. 2010 .
- ALVES, P. C. **Desafios á integração do SUS**: uma análise da rede de atenção à saúde da mulher em Recife. 2001. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.
- ALVES, M.; SILVA, A. F.; NEIVA, L. C. F. Atendimento de urgência: o transporte sanitário como observatório de saúde de Belo Horizonte. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v.14, n. 2, p. 181-187, abr./jun. 2010.
- ANDRADE, A. M. *et al.* Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 111-117, 2013.
- AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface**, Botucatu , v. 14, n. 35, p. 797-810, dez. 2010.
- BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v.12, n. 46, p. 7-14, 2010.
- BARRETO, M. N. S. C. **Acesso aos medicamentos para tratamento de hipertensos e diabéticos assistidos nas unidades de saúde da família do município de Recife-PE**. 2012. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.
- BASTOS, L. S. *et al.* Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1417 - 1426, 2011 .
- BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BRASIL. Ministério da Educação. **Resolução nº 02/2006, de 17 de maio de 2006**. Dispõe sobre requisitos mínimos dos Programas de Residência Médica e dá outras providências. Brasília, DF, 19 maio 2006a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/resolucao02_2006.pdf>. Acesso em: 5 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. **Benefícios emitidos, segundo o CID**. Brasília, DF, 2011a. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/ConteúdoDinamico>>. Acesso em: 16 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégia para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Brasília, DF, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**. Brasília, DF, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, 2014c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Melhor em Casa**. A segurança do hospital no conforto do seu lar. Brasília, DF, 2012d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. 3. ed. Brasília, DF, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1101, de 12 de junho de 2001**. Estabelece parâmetros de cobertura assistencial no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2002b. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/regulasaude/2009/PN%20PORTARIAS%202009/nvos%20pdfs%202009/PT%20GM%201101%2012.06.2002.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/02: estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde. Brasília, DF, 28 fev. 2002a. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html>. Acesso em: 20 jan. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Brasília, DF, 23 fev. 2006c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 14 nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4279, 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). Brasília, DF, 31 dez. 2010a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 29 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 184, de 03 de Fevereiro de 2011**. Dispõe sobre o Programa Farmácia Popular do Brasil. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0184_03_02_2011.html>. Acesso em: 15 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 252/ GM 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). Brasília, DF, 2013a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0252_19_02_2013.html>. Acesso em: 3 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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, DF, 2014a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 13 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2009: uma análise da situação de saúde e da agenda nacional e internacional de prioridades em saúde**. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS**. Uma construção coletiva. Instrumentos básicos. Brasília, DF, 2006d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS de A a Z**. Brasília: Conasems, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2011: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico**. Brasília, DF, 2012b.

CESSE, E. A. P. *et al.* Tendências da mortalidade por DCNT no Brasil: expansão ou redução?. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p.47-72.

CHAMPANGE, F. *et al.* A avaliação no campo da saúde: conceitos e métodos. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011a. p. 41-60.

CHAMPANGE, F. *et al.* A análise de implantação. In: BROUSSELLE, A. (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b. p. 217-338.

CHEN, H. T. **Theory-driven evaluations**. Neebury Park: Sage Publications, 1990.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: de novo a questão dos modelos. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas na Atenção Básica**: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2010. p. 96-131.

CONTRANDRIOPOULOS, A-P. *et al.* A Avaliação na área da Saúde: Conceitos e Métodos. In: HARTZ, Z. M. (Org.) **Avaliação em Saúde**: dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. p. 29-47.

DAL POZ, M. R. A crise da força de trabalho em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 10, p. 1924 - 1926, out. 2013 .

DENIS, J.; CHAMPAGNE, F. Análise de implantação. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 3, p. 49-88.

DIB, M. W.; RIERA, R.; FERRAZ, M. B. Estimated annual cost of arterial hypertension treatment in Brazil. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 27, n. 2, p.125-131, fev. 2010.

DONABIDIAN, A. The quality of care. How can it be assessed? **JAMA**, Chicago, v. 260, p. 1743-1748, set. 1988.

DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 8-19, abr./jun. 1992.

ELIAS, F. T. S.; PATROCLO, M. A. A. Utilização de pesquisas: como construir modelos teóricos para avaliação?. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 215-227, jan./ mar. 2005.

ESCOREL, S. *et al.* O programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 21, n. 2/3, p. 164-176, fev./ mar. 2007.

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

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, set./dez. 2005.

FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**, 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FONTBONNE, A. *et al.* Risk factor control in hypertensive and diabetic subjects followed by the Family Health Strategy in the state of Pernambuco, Brazil - SERVIDIAH Study. **Cadernos de Saúde Publica**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1195-1204, jun. 2013.

FREESE, E.; FONTBONNE, A. Transição epidemiológica comparada: modernidade, precariedade e vulnerabilidade. In: FREESE, E. (Org.). **Epidemiologia, políticas e**

determinantes das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2006. p. 17-46.

GEORG, A. E. *et al.* Análise econômica de programa para rastreamento do diabetes mellitus no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n.3, p. 452-460, jun. 2005.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M.H.M. Porta de entrada pela atenção básica? Integração do PSF à rede de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, Rido de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 278-89, set./dez. 2003.

HARTZ, Z. M. A. Explorando novos caminhos na pesquisa avaliativa das ações de saúde. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise de implantação de programas.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. cap. 1, p. 19-28.

HARTZ, Z. M. A. Novos desafios para a avaliação em saúde: lições preliminares dos programas de prevenção. **Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil**, Recife, v. 2, n. 1, p. 5-6, jan./abr. 2002.

HARTZ, Z. M. A; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

HARTZ, Z. M. A; SILVA, L. M. V. (Org.). **Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde.** Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

HOGAN, P.; DALL, T.; NIKOLOV, P. American diabetes association. Economic costs of diabetes in the US in 2002. **Diabetes Care**, Alexandria, v. 26, p. 917-932, 2003. Suppl.

HOMEM, I. D.; DELLAGNELO, E. H. L. Novas formas organizacionais e os desafios para os expatriados. **RAE-eletrônica**, v. 5, n. 1, jan./ jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1676-56482006000100009>. Acesso em: 3 set. 2014.

KAIZEN. Framework for better health care in Israel: a suitable initiative. **Strategic Direction**, Bingley, v. 19, n. 4, p. 11-13, 2003.

KEEN, J.; PACKWOOD, T. Usando estudos de caso na pesquisa em serviços e em políticas de saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. (Orgs). **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 51-60.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing health quality. The case for tracers. **The New England Journal of Medicine**, Massachusetts, v. 288, n.4, p. 189-94, 1973.

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

LA VECCHIA, C. *et al.* Development of a aspect tracer to image the distribution of replicating. **Cancer**, Philadelphia, v. 83, p. 2223-2227, 1998.

L'ABBATE, S. Educação e serviços de saúde: avaliando a capacitação dos profissionais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15, supl.2, p.15-27, 1999.

LIMA, M. A. D. S. *et al.* Acesso e acolhimento em unidades de saúde na visão dos Usuários. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p.12-17, 2007.

LOUVISON, M. C. P. **Avaliação da atenção das condições crônicas em idosos: hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus como condições traçadoras**. 2011. Tese (Doutorado em epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde-25072011-135103/>>. Acesso em: 30 ago. 2013.

MANNHEIMER, L. N.; LEHTO, J.; OSTLIN, P. Window of opportunity for intersectoral health policy in Sweden-open, half-open or half-shut?. **Health Promotion International**, Eynsham, v. 22, n. 4, p. 307-315, 2007.

MARIN, M. J. S.; MARCHIOLI, M.; MORACVICK, M. Y. A. D. Fortalezas e fragilidades do atendimento nas unidades de saúde tradicionais e da estratégia de saúde da família pela ótica dos usuários. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n.3, p. 780-788, jul./set. 2013.

McLAUGHLIN, J. A.; JORDAN, G. B. Logic models: a tool for telling your program's performance story. **Evaluation and Program Planning**, New York, n. 22, p. 65-72, 1999.

MEDEIROS, A. C. C. M. **Os registros de prontuários clínicos para estudo da coordenação assistencial na atenção ao portador de diabete melito tipo 2 da Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) do Recife-PE**. 2013. Dissertação (Mestrado) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2013.

MEDINA, M. G. *et al.* Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. cap. 1, p. 41-64.

MEDINA, M. G. **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**. 2006. Tese (doutorado) - Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

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

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2012.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

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

NAVARRETE, M. L. V.; LORENZO, I. V. (Org.). **Organizaciones sanitarias integradas: um estudio de casos**. Barcelona: Consorci Hospitalari de Catalunya, 2009.

OLIVEIRA, R. C. *et al.* A reorganização da atenção secundária como estratégia para a garantia da integralidade. In: MAGALHÃES Jr., H.M. (Org.). **Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte: a experiência de 2003 a 2008**. Belo Horizonte: Mazza, 2010. p. 149-171.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1819-1829, nov. 2007. Supl.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. Secretaria Executiva de Regulação em Saúde. **Plano Diretor de Regionalização**. Regionalização da Saúde em Pernambuco. 1. ed. Recife, 2011.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado. **Análise da situação de saúde**. Todos por Pernambuco: Acesso e Qualidade no Cuidado Integral. Recife, 2013.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Gerência Geral de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017**. 1. ed. Recife, 2014a.

RECIFE. Secretaria de Saúde do Recife. Secretaria Executiva de Coordenação Geral. Gerência Geral de Planejamento. **Programação Anual de Saúde 2014**. 1. ed. Recife, 2014b.

REID, R.; HAGGERTY, J.; MCKENDRY, M. A. **Defusing the confusion: concepts and measures of continuity of health care**. Ottawa, 2002. Disponível em: <http://www.chsrf.org/final_research/commissioned_research/pro-grams/pdf/cr_contcare_e.pdf>. Acesso em: 22 out. 2014.

RENGER, R.; TITCOMB, A. A Three-step approach to Teaching Logic Models. **American Journal of Evaluation**, Stamford, v. 23, n.4, p. 493-503, dez. 2002.

SALGUEIRO, A. P. V. F. **Processo de construção dos territórios de saúde no distrito sanitário III**. 2010. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

SAMICO, I. *et al.* 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. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.5, n. 2, p. 229-240, abr. / jun. 2005.

SAMICO, I.; FIGUEIRÓ, A. C.; FRIAS, P. G. de. Abordagens metodológicas na avaliação em saúde. In: SAMICO, I. *et al.* (Org.). **Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais**. Rio de Janeiro: Medbook, 2010. p. 15-28.

SANTOS, L. O que são redes? In: SILVA, S. (Org). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. 2 ed. Campinas, SP: Saberes, 2011.

SANTOS, I. C. R. V. **Atenção à saúde do portador de pé diabético: prevalência de amputações e assistência preventiva na Rede Básica de Saúde**. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

SANTOS, F. A. S. *et al.* Política de práticas integrativas em Recife: análise da participação dos atores. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1154- 1559, dez. 2011.

SCHMIDT M. I. *et al.* Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **Lancet**, London, v. 377, n. 9781, p. 61-74, mai. 2011.

SERAPIONI, M.; SILVA, M. G. C. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família em municípios do Ceará. Uma abordagem multidimensional. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n. 11, p. 4315-4326, nov. 2011.

SILVA, K. S. B. **Avaliação da integralidade no cuidado ao câncer de colo uterino: uso da condição marcadora em um estudo misto**. 2013. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

SILVA, S.F.; MAGALHÃES, H.M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S. (Org). **Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde**. 2 ed. Campinas, SP: Saberes, 2011. p. 69-80.

SILVA, D. C. L. **Análise da oferta de atenção especializada em uma unidade de referência para portadores de hipertensão e diabetes**. 2012. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2012.

SISSON, M. C. *et al.* Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.20, n.4, p. 991-1004, 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atlas do diabetes 2014**. 6. ed. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.diamundialdodiabetes.org.br/atlas-idf/>>. Acesso em: 25 jan. 2015.

SOUZA, E. C. F. *et al.* Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, p.100-110, 2008.

SOUZA C. C. *et al.* Classificação de risco em pronto-socorro: concordância entre um protocolo institucional Brasileiro e Manchester. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.19, n.1, p. 26-33, jan./ fev. 2011.

SOUSA, I. M. C. *et al.* Práticas integrativas e complementares: oferta e produção de atendimentos no SUS e em municípios selecionados. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2143-2154, nov. 2012.

SPEDO, S. M.; PINTO, N. R. S.; TANAKA, O. Y. O difícil acesso a serviços de média complexidade do SUS: o caso da cidade de São Paulo, Brasil. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 953-972, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 927 - 934, out./dez. 2011 .

TANAKA, O. Y.; ESPÍRITO SANTO, A. C. G. Avaliação da qualidade da atenção básica utilizando a doença respiratória da infância como traçador, em um distrito sanitário do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.8, n.3, p. 325-332, jul./set. 2008.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1561-1569, nov./dez. 2002.

VAZQUEZ NAVARRETE, M. L. *et al.* Organizaciones sanitarias integradas: una guía para el análisis. **Revista Española de Salud Publica**, Madrid, v. 79, n. 6, p. 633-643, dez. 2005.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z. M. A. **Avaliação em saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EdUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. cap. 1, p. 15-40.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; FORMIGLI, V. L. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

VIEIRA, F.S. Avanços e desafios do planejamento no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1565-1577, out. 2009.

VUORI, H. A qualidade da saúde. **Cadernos de Ciência e Tecnologia**, São Paulo, v. 3, n. 1, p. 17-25, fev. 1991.

WILLIAMS, R.; VAN GAAL, L.; LUCIONI, C. Assessing the impact of complications on the costs of type II diabetes mellitus. **Diabetologia**, Berlim, v. 45, n. 7, p. 13-17, 2002. Supplement.

WRIGHT, P.; KROLL, M. J.; PARNELL, J. **Administração estratégica**: conceitos. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

YIN, R. K. Estudo de caso. **Planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookmam, 2005.

Quadro 1 - Modelo lógico da Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus

(continua)

COMPONENTE	OBJETIVO	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADO FINAL
APS	<ul style="list-style-type: none"> - Ser porta de entrada da RAS; - Ordenar e coordenar o cuidado contínuo e integral da população; - Conhecer totalmente a população de diabéticos da área adstrita; 	<p>Recursos materiais: Ficha A, Ficha B – DIA; Computador com internet; Cadernos de acompanhamento do ACS; medicamentos, equipamentos, insumos, móveis, veículos</p> <p>Recursos Organizacionais: normas e protocolos (Protocolos para Estratificação de Risco; Diretrizes Clínicas, Linhas de Cuidado)</p> <p>Recursos humanos capacitados;</p> <p>Recursos Financeiros</p>	Realizar busca ativa dos portadores de DM	Nº de ações de busca ativa / semestre	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão baseada nas necessidades de saúde da população; - Cuidado iniciado pela APS; - Cuidado integral ordenado pela APS; - RAS articulada e integrada; - Atenção à saúde mais eficiente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atenção integral aos portadores de DM em todos os pontos de atenção;
			Verificar fatores de risco em indivíduos da demanda espontânea	Verificação dos três fatores de risco (PA, IMC, CA) nos indivíduos da demanda espontânea realizada		
			Detectar precocemente o DM	Detecção precoce do DM com uso da glicemia capilar		
			Incentivar ao uso da APS como porta de entrada	Incentivo realizado aos portadores de DM a adotarem a APS como porta de entrada		
			Cadastrar os diabéticos	Cadastro completo dos diabéticos realizado		
			Estratificar os diabéticos por risco e estabelecer frequência do acompanhamento	Estratificação por risco e estabelecimento da frequência do acompanhamento realizados		
			Planejar as ações de saúde a serem realizadas	Planejamento das realizado		
			Estabelecer o nível de atenção em que o diabético deve ser atendido	Estabelecimento do nível de atenção realizado		
			Realizar visita domiciliar dos diabéticos com dificuldade de locomoção na frequência adequada	VD aos diabéticos com dificuldade de locomoção realizada na frequência adequada		
			Realizar consulta completa e na frequência adequada ao paciente diabético	Consulta completa na frequência adequada realizada		
Realizar autocuidado apoiado	Percentual de diabéticos que recebem o autocuidado apoiado					

Quadro 1 - Modelo lógico da Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus

(continuação)

COMPONENTE	OBJETIVO	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADO FINAL
PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS	Apoiar e complementar os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno;	Recursos materiais: medicamentos necessários, equipamentos, materiais hospitalares, insumos, móveis, materiais impressos, veículos. Recursos humanos capacitados Recursos Organizacionais: normas e protocolos (Diretrizes Clínicas, Linhas de Cuidado) Recursos Financeiros	Cadastrar os diabéticos	Cadastro completo dos diabéticos realizado	- RAS articulada e integrada; - Atenção à saúde mais eficiente.	Atenção integral aos portadores de DM em todos os pontos de atenção;
			Classificar os diabéticos por risco	Percentual de diabéticos classificados por risco		
			Realizar consulta completa e na frequência adequada ao paciente diabético	Consulta completa na frequência adequada realizada		
			Realizar consulta de urgência / emergência	Percentual de diabéticos que buscam o serviço e são consultados		
			Realizar autocuidado apoiado	Percentual de diabéticos que recebem o autocuidado apoiado		
			Realizar atendimento prioritário às descompensações de DM	Percentual de diabéticos com descompensações que têm atendimento priorizado.		
			Realizar discussão de caso clínico regularmente	Nº de discussões de caso clínico realizados/ mês		
			Realizar grupos participativos regularmente	Nº de encontros de grupos participativos realizados/ mês		
			Encaminhar os diabéticos para outros níveis de atenção sempre que necessário	Percentual de diabéticos encaminhados para outro nível de atenção quando necessário		
			Realizar comunicação entre pontos de atenção acerca da situação de saúde dos diabéticos encaminhados	Comunicação realizada		
Atender os diabéticos encaminhados pela APS	Percentual de diabéticos encaminhados pela APS atendidos					

Quadro 1 - Modelo lógico da Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus

(continuação)

COMPONENTE	OBJETIVO	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADO FINAL
PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS	- Apoiar e complementar os serviços da atenção básica de forma resolutiva e em tempo oportuno;	Recursos materiais: medicamentos necessários, equipamentos, materiais hospitalares, insumos, móveis, materiais impressos, veículos. Recursos humanos capacitados Recursos Organizacionais: normas e protocolos (Diretrizes Clínicas, Linhas de Cuidado)	Realizar exames laboratoriais sempre que necessário	Percentual de diabéticos que realizam exames laboratoriais quando necessitam	- RAS articulada e integrada; - Atenção à saúde mais eficiente.	Atenção integral aos portadores de DM em todos os pontos de atenção;
			Realizar exames complexos sempre que necessário	Percentual de diabéticos que realizam exames complexos quando necessitam		
			Dispensar medicações aos diabéticos	Percentual de diabéticos que recebem sua medicação quando necessitam		
			Internar diabéticos sempre que necessário	Percentual de diabéticos que são internados quando necessitam		
			Realizar reabilitação quando necessário	Percentual de diabéticos que realizam terapias de reabilitação quando necessitam		
			Realizar cirurgias nos diabéticos sempre que necessário	Percentual de diabéticos que realizam cirurgias quando necessário		
			Internar diabéticos em terapia intensiva sempre que necessário	Percentual de diabéticos que são internados em terapia intensiva quando necessário		
			Administrar medicações / outros insumos nos diabéticos sempre que necessário	Percentual de diabéticos que têm medicações ou outros insumos administrados quando necessário		
SISTEMAS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	Ofertar apoio diagnóstico e terapêutico ao restante da RAS	Recursos Financeiros	Visitar domiciliarmente os diabéticos indicados pela ESF	Percentual de diabéticos indicados pela ESF com a VD realizada pela equipe NASF;		
			Atender domiciliarmente os diabéticos indicados pela ESF	Percentual de diabéticos indicados pela ESF com atendimento domiciliar realizado pelo SAD;		

Quadro 1 - Modelo lógico da Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus

(continuação)

COMPONENTE	OBJETIVO	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADO FINAL
SISTEMAS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO	Ofertar apoio diagnóstico e terapêutico ao restante da RAS	Recursos materiais: medicamentos necessários, equipamentos, materiais hospitalares, insumos, móveis, materiais impressos, veículos. Recursos humanos capacitados Recursos Organizacionais: normas e protocolos (Diretrizes Clínicas, Linhas de Cuidado)	Realizar Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente (diabético) regularmente	Nº de PTS (do diabético) realizado pela equipe NASF em conjunto com a ESF /semestre	- RAS articulada e integrada; - Atenção à saúde mais eficiente.	Atenção integral aos portadores de DM em todos os pontos de atenção;
			Realizar Projetos Saúde no Território (PST) pelo NASF	Nº de PST realizados pelo NASF / ano		
			Realizar atividades de educação em saúde pelo NASF	Número de atividades de educação em saúde realizadas pelo NASF / semestre		
			Realizar atividades de educação em saúde pelo PAC / PAR	Número de atividades de educação em saúde desenvolvidas pelo PAC e PAR/ semestre		
			Realizar suporte técnico e emocional (NASF/SAD) aos cuidadores de diabéticos	Suporte técnico e emocional realizado		
			Realizar atividade física/práticas corporais aos diabéticos que buscarem o serviço (PAR/PAC)	Percentual de diabéticos que passaram a realizar atividade física /corporal		
			Realizar apoio matricial (NASF/SAD) à eqSF	Número de atividades de apoio matricial realizadas pelo NASF e pelo SAD/ trimestre		
			Realizar gestão compartilhada (NASF / SAD) com a eqSF	Gestão compartilhada realizada		
SISTEMAS LOGÍSTICOS	Organizar fluxos e contra-fluxos de pessoas, informações e produtos	Recursos Financeiros	Agendar consultas e exames	Consultas e exames agendados em tempo oportuno		
			Regular leitos	Leitos regulados em tempo oportuno		

Quadro 1 - Modelo lógico da Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus

(conclusão)

COMPONENTE	OBJETIVO	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTO	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS	RESULTADO FINAL
GOVERNANÇA	Gerir a RAS com capacidade de intervir em diferentes atores, mecanismos e procedimentos;	Recursos materiais: insumos, móveis, materiais impressos. Recursos humanos capacitados Recursos Organizacionais Recursos Financeiros	Construir diagnósticos e estabelecer prioridades	Diagnóstico de saúde realizado e prioridades estabelecidas;	- RAS articulada e integrada; - Atenção à saúde mais eficiente.	Atenção integral aos portadores de DM em todos os pontos de atenção;
			Articular serviços/ações de saúde;	Nº de estratégias para articulação de ações e serviços de saúde realizadas/ semestre		
			Realizar programação orçamentária para as ações de assistência ao DM	Programação orçamentária realizada		
			Realizar o monitoramento e a avaliação das ações relacionadas à saúde dos diabéticos	Nº de Indicadores monitorados; Nº de reuniões de discussão realizadas/semestre		
			Analisar e divulgar informações acerca da saúde dos diabéticos	Nº de veiculações/divulgações (panfletos, cartazes, propagandas, etc.) realizadas/ano		

Fonte: Elaborado pela autora.

Legenda: ACS: Agente Comunitário de Saúde; APS: Atenção Primária à Saúde; CA: Circunferência Abdominal; DM: Diabetes Mellitus; eqSF: equipe de Saúde da Família; ESF: Estratégia de Saúde da Família; IMC: Índice de Massa Corpórea; NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família; PA: Pressão Arterial; PAC: Programa Academia da Cidade; PAR: Programa Academia Recife; PST: Projeto Saúde no Território; PTS: Projeto Terapêutico Singular; RAS: Rede de Atenção à Saúde; SAD: Serviço de Atenção Domiciliar; VD: Visita Domiciliar

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continua)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Existência de consultórios para atender aos pacientes	Número de consultórios	Existe um consultório para o médico e outro para o enfermeiro;	0 - não existem consultórios. 1 - existe, mas é compartilhado entre os profissionais médico e enfermeiro; 2 - existe e cada profissional possui o seu: 1 consultório para o médico e outro para o enfermeiro;
	Existência de local adequado para realização das atividades educativas / grupos	Existência de local adequado para realização das atividades educativas / grupos	Possui um local específico para o desenvolvimento das atividades educativas / grupo	0 - não possui qualquer local possível de se desenvolver atividades educativas / grupos 1 - possui local improvisado onde desenvolvem as atividades de educação / grupo 2 - possui local específico para o desenvolvimento das atividades educativas / grupo
	Existência de material para cadastro de todos os diabéticos	Material para cadastro de todos os diabéticos e tipo	Possui ficha A e/ou ficha B-DIA, prontuário de papel, computador com acesso à internet, prontuário eletrônico único e cartão SUS	0 - não existe qualquer material para cadastro dos diabéticos 1 - possui ficha A e/ou ficha B-DIA, prontuário de papel 2- possui todos os itens supracitados + computador com acesso à internet 3 - possui ficha A e/ou ficha B-DIA, prontuário de papel, computador com acesso à internet, prontuário eletrônico único e cartão SUS
	Existência de equipamentos e insumos para atendimento do paciente diabético	Número e tipo de equipamentos	Possui 01 glicosímetro, fitas reagentes em quantidade suficiente, 01 estesiômetro, 01 balança antropométrica, 01 estetoscópio e tensiômetros em diferentes tamanhos (7) e 01 fita métrica	0 - não possui qualquer equipamento/insumo 1 - possui equipamentos/insumos, mas não em sua completude 2 - possui glicosímetro, fitas reagentes em quantidade suficiente, estesiômetro, balança antropométrica, estetoscópio e tensiômetros em diferentes tamanhos (7) e fita métrica
	Existência de material educativo	Existência de material educativo para atividades em grupo ou individuais	Disponer de material educativo para atividades em grupo ou individuais	0 - não possui qualquer material educativo 2 - dispõe de material educativo para atividades em grupo ou individuais
	Existência de Fitoterápicos / Homeopáticos / Plantas Medicinais	Existência e indicação do uso de Fitoterápicos / Homeopáticos / Plantas Medicinais	Disponer e indicar o fitoterápico	0 - não dispõe de qualquer fitoterápico 1 - dispõe do fitoterápico, mas não indica seu uso sob nenhuma hipótese 2 - dispõe e indica o fitoterápico

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Existência de medicação para controle do DM	Existência, tipo e distribuição regular das medicações	Possui todas as medicações recomendadas pelo Ministério da Saúde (metformina, glibenclamida, glicazida, insulina de ação rápida e de ação intermediária) e a distribuição ocorre regularmente.	0 - não dispõe de qualquer medicação para controle do DM. 1 - dispõe de parte das medicações (metformina, glibenclamida, glicazida, insulina de ação rápida e de ação intermediária), mas não têm regularidade na distribuição; 2 - dispõe de parte das medicações e têm regularidade na distribuição OU dispõe de todas as medicações, mas não têm regularidade na distribuição; 3 - possui todas as medicações supracitadas e a distribuição ocorre regularmente.
	Existência de medicação para controle pressórico	Existência, tipo e distribuição regular das medicações	Possui todas as medicações recomendadas pelo Ministério da Saúde (enalapril, furosemida, hidroclorotiazida, losartan, propranolol, anlodipino/nifedipina) e a distribuição ocorre regularmente.	0 - não dispõe de qualquer medicação para controle pressórico. 1 - dispõe de parte das medicações (enalapril, furosemida, hidroclorotiazida, losartan, propranolol, anlodipino/nifedipina), mas não têm regularidade na distribuição; 2 - dispõe de parte das medicações e têm regularidade na distribuição OU dispõe de todas as medicações, mas não têm regularidade na distribuição; 3 - possui todas as medicações supracitadas e a distribuição ocorre regularmente.
	Existência de medicação cardioprotetora	Existência e distribuição regular das medicações	Possui medicação cardioprotetora (AAS) e a distribuição ocorre regularmente.	0 - não possui medicação cardioprotetora. 1 - possui medicação cardioprotetora (AAS), mas não tem regularidade na distribuição. 2 - possui medicação cardioprotetora (AAS) e a distribuição ocorre regularmente.
	Existência de medicação para melhora de perfil lipídico	Existência e distribuição regular das medicações	Possui medicação para melhora do perfil lipídico (sinvastatina) e a distribuição ocorre regularmente.	0 - não possui medicação para melhora do perfil lipídico 1 - possui medicação para melhora do perfil lipídico (sinvastatina), mas não tem regularidade na distribuição 2 - possui medicação para melhora do perfil lipídico (sinvastatina) e a distribuição ocorre regularmente.
	Existência de medicação para controle de neuropatias	Existência, tipo e distribuição regular das medicações	Possui medicação para controle de neuropatias (carbamazepina, amiprilina) e a distribuição ocorre regularmente.	0 - não possui medicação para controle de neuropatias 1 - possui parte da medicação para controle de neuropatias (carbamazepina, amiprilina), mas não tem regularidade na distribuição. 2 - dispõe de parte das medicações e têm regularidade na distribuição OU dispõe de todas as medicações, mas não têm regularidade na distribuição; 3 - possui medicação para controle de neuropatias (carbamazepina, amiprilina) e a distribuição ocorre regularmente.

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Existência de Profissionais	Número de profissionais	A quantidade de profissionais é suficiente para atender a demanda (Escala ≥ 7)	0 - não possui profissional em quantidade suficiente para atender a demanda (Escala < 5) 1 - não possui profissional em quantidade suficiente para atender a demanda (Escala: ≥ 5 e < 7) 2 - a quantidade de profissionais é suficiente para atender a demanda (Escala ≥ 7)
	Equipe de saúde qualificada	Percentual de profissionais que receberam capacitação para atuação junto ao paciente diabético	Todos os profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS) receberam qualificação acerca da atenção ao paciente diabético nos últimos 2 anos	0 - nenhum profissional de saúde recebeu qualificação nos últimos dois anos acerca da atenção ao paciente diabético 1 - todos os profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, quando for o caso) receberam qualificação acerca da atenção ao paciente diabético, mas faz mais de 2 anos OU apenas alguns profissionais receberam qualificação nos últimos 2 anos 2 - todos os profissionais (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, quando for o caso) receberam qualificação acerca da atenção ao paciente diabético nos últimos 2 anos
	Existência de apoio matricial com a frequência necessária	Apoio matricial na frequência adequada	Existe apoio matricial e é realizado na frequência considerada necessária	0 - não existe apoio matricial 1 - existe apoio matricial, mas não é realizado com a frequência considerada necessária 2 - existe apoio matricial e é realizado na frequência considerada necessária
	Existência de protocolo para estratificação dos pacientes por riscos	Protocolo de estratificação dos pacientes por risco	Possui e utiliza protocolo para estratificação dos pacientes por risco	0 - não possui protocolo para estratificação dos pacientes por risco 1 - possui protocolo para estratificação dos pacientes por risco, mas não utiliza 2 - possui e utiliza protocolo para estratificação dos pacientes por risco
	Existência de protocolos de atendimento ao DM	Protocolo de atendimento ao DM	Possui e utiliza protocolo de atendimento ao DM	0 - não possui protocolo de atendimento ao DM 1 - possui protocolo de atendimento ao DM, mas não utiliza 2 - possui e utiliza protocolo de atendimento ao DM
	Existência de fluxograma de atendimento ao DM	Fluxograma de atendimento ao DM	Possui e utiliza fluxograma de atendimento ao DM	0 - não possui fluxograma de atendimento ao DM 1 - possui fluxograma de atendimento ao DM, mas não utiliza 2 - possui e utiliza fluxograma de atendimento ao DM
	Existência de manual (is) para orientar quanto à realização de exames laboratoriais	Manual de orientação para realização de exames laboratoriais	Possui e utiliza manual para orientar realização de exames laboratoriais	0 - não possui manual para orientar realização de exames laboratoriais 1 - possui manual para orientar realização de exames laboratoriais, mas não utiliza 2 - possui e utiliza manual para orientar realização de exames laboratoriais
	Existência de manual (is) para orientar quanto à realização de exames de imagem	Manual de orientação para realização de exames de imagem	Possui e utiliza manual para orientar realização de exames de imagem	0 - não possui manual para orientar realização de exames de imagem 1 - possui manual para orientar realização de exames de imagem, mas não utiliza 2 - possui e utiliza manual para orientar realização de exames de imagem

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
PROCESSO	Busca ativa	Nº de ações (de campanhas, mutirões, etc) de busca ativa de DM	Ao menos 02 ações/semestre para busca ativa de DM	0 - a equipe não realiza a busca ativa 1 - a equipe realiza busca ativa dos portadores de DM (mínimo 02 ações/ semestre)
	Verificação de fatores de risco	Verificação dos três fatores de risco (PA, IMC, CA) nos indivíduos da demanda espontânea	A equipe verifica PA, IMC e Circunferência abdominal nos indivíduos da demanda espontânea.	0 - a equipe não verifica fatores de risco em indivíduos da demanda espontânea 1 - a equipe verifica ao menos 1 dos fatores: PA, IMC ou Circunferência abdominal dos indivíduos da demanda espontânea 2 - a equipe verifica os 3 fatores (PA, IMC e Circunferência abdominal) nos indivíduos da demanda espontânea.
	Detecção precoce / Rastreamento	Uso da glicemia capilar na detecção precoce do DM	A equipe realiza o rastreamento do DM com uso da glicemia capilar e se utiliza de critérios para realização da busca ativa (IMC > 25, Hipertensos, etc.)	0 - a equipe não realiza o rastreamento do DM 1 - a equipe realiza o rastreamento do DM com uso da glicemia capilar, mas não se utiliza de critérios (aleatoriedade) 2 - a equipe realiza o rastreamento do DM com uso da glicemia capilar e se utiliza de critérios para realização da busca ativa (IMC > 25, Hipertensos, etc.)
	Incentivo ao uso da APS como porta de entrada	Incentivo realizado aos portadores de DM a adotarem a APS como porta de entrada	A equipe incentiva o uso da APS como porta de entrada na RAS	0 - a equipe não incentiva o uso da APS como porta de entrada na RAS 2 - a equipe incentiva o uso da APS como porta de entrada na RAS
	Cadastro	Cadastro completo dos diabéticos realizado	A equipe cadastra os diabéticos em prontuários de papel e nos sistemas de informação (cadastro completo)	0 - a equipe não cadastra diabéticos 1 - a equipe cadastra os diabéticos apenas em prontuários de papel 2 - a equipe cadastra os diabéticos em prontuários de papel e nos sistemas de informação (apenas informações obrigatórias) 3 - a equipe cadastra os diabéticos em prontuários de papel e nos sistemas de informação (cadastro completo)
	Estratificação por risco	Estratificação por risco e uso da informação	A equipe estratifica os diabéticos por riscos e utiliza essas informações para estipular frequência das consultas e visitas domiciliares	0 - a equipe não estratifica os diabéticos por riscos 1 - a equipe estratifica os diabéticos por riscos 2 - a equipe estratifica os diabéticos por riscos e utiliza essas informações para estipular frequência das consultas e visitas domiciliares

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
PROCESSO	Planejamento das ações	Planejamento das ações baseado em informações	A equipe planeja suas ações de saúde a partir das informações fornecidas pelos sistemas de informações e da estratificação dos diabéticos por risco, por exemplo.	0 – a equipe não planeja suas ações de saúde 2 – a equipe planeja suas ações de saúde a partir das informações fornecidas pelos sistemas de informações e da estratificação dos diabéticos por risco, por exemplo.
	Estabelecimento do nível de atenção	Estabelecimento do nível de atenção que o diabético deve ser atendido realizado pela APS	A APS estabelece o nível de atenção em que o diabético deve ser atendido	0 - a APS não estabelece o nível de atenção em que o diabético deve ser atendido 2 - a APS estabelece o nível de atenção em que o diabético deve ser atendido
	Visita domiciliar	Visita Domiciliar aos diabéticos com dificuldade de locomoção realizada na frequência adequada pela ESF;	A equipe realiza VD aos diabéticos com dificuldade de locomoção na frequência adequada para cada caso	0 - a equipe não realiza VD aos diabéticos com dificuldade de locomoção 1 - a equipe realiza VD aos diabéticos com dificuldade de locomoção, mas não tem regularidade 2 - a equipe realiza VD aos diabéticos com dificuldade de locomoção na frequência adequada para cada caso
	Consulta	Consulta completa na frequência adequada realizada	A equipe realiza a consulta completa ao diabético na frequência adequada.	0 – a equipe não realiza consulta completa ao diabético (exame físico e teste de sensibilidade dos pés, medida de glicemia capilar, pressão arterial e peso), nem na frequência adequada. 1 – a equipe não realiza a consulta completa ao diabético, mas realiza as consultas na frequência adequada OU equipe realiza a consulta completa ao diabético, mas não na frequência adequada. 2 – a equipe realiza a consulta completa ao diabético na frequência adequada.
	Autocuidado apoiado	Percentual de diabéticos que recebem o autocuidado apoiado	A equipe desenvolve o autocuidado apoiado de $\geq 80\%$ dos diabéticos	0 – a equipe desenvolve o autocuidado apoiado em $< 50\%$ dos diabéticos 1 – a equipe desenvolve o autocuidado apoiado de $\geq 50\%$ a 79% dos diabéticos 2 - a equipe desenvolve o autocuidado apoiado de $\geq 80\%$ dos diabéticos
	Atendimento prioritário às descompensações de DM	Percentual de diabéticos com descompensações que tiveram atendimento priorizado.	A equipe realiza atendimento prioritário de $\geq 80\%$ dos diabéticos com descompensações	0 – a equipe realiza o atendimento prioritário de $< 50\%$ dos diabéticos com descompensações 1 – a equipe realiza atendimento prioritário de $\geq 50\%$ a 79% dos diabéticos com descompensações 2 - a equipe realiza atendimento prioritário de $\geq 80\%$ dos diabéticos com descompensações

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
PROCESSO	Discussão de caso clínico	Discussão de caso clínico realizada com regularidade	A equipe sempre realiza discussão de casos clínicos e possui um horário específico para essa atividade (há regularidade- mínimo 1 vez/mês)	0 – a equipe não realiza discussão de casos clínicos 1 – a equipe realiza discussão de casos clínicos, mas não tem regularidade (não possui um horário destinado para esse fim). 2 – a equipe sempre realiza discussão de casos clínicos e possui um horário específico para essa atividade (há regularidade)
	Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente (diabético)	PTS do paciente diabético realizado pela equipe ESF sempre que necessário;	A equipe realiza PTS do paciente (diabético) quando necessário	0 – a equipe não realiza PTS do paciente (diabético) 2 – a equipe realiza PTS do paciente (diabético) quando necessário
	Grupos	Grupos participativos realizados	A equipe realiza grupos com orientações expostas de maneira geral e problematizadora, práticas corporais ou outros.	0 – a equipe não desenvolve grupos com diabéticos 1 – a equipe desenvolve grupos com diabéticos apenas para distribuição de medicações, e não realiza medida de glicemia e PA nos participantes do grupo 2 – a equipe desenvolve grupos com diabéticos para distribuição de medicações, e realiza medidas de glicemia e PA com os participantes do grupo 3 – a equipe realiza grupos com orientações expostas de maneira geral e problematizadora, práticas corporais ou outros.
	Frequência dos grupos	Grupos ocorrem regularmente	A equipe desenvolve grupos com diabéticos e mantém uma regularidade (mínimo 1/mês)	0 – a equipe não desenvolve grupos com diabéticos 1 – a equipe desenvolve grupos com diabéticos, mas não possui uma regularidade 2 – a equipe desenvolve grupos com diabéticos e mantém uma regularidade
	Prevenção ao DM	Número de atividades de prevenção ao DM (campanha, palestra, consulta, grupos, etc)	A equipe desenvolve atividades de prevenção ao DM com regularidade (frequência mínima trimestral)	0 – a equipe não desenvolve atividades de prevenção ao DM 1 – a equipe desenvolve atividades de prevenção ao DM, mas não tem regularidade 2 – a equipe desenvolve atividades de prevenção ao DM com regularidade
	Promoção da saúde	Promoção da saúde regularmente	A equipe desenvolve atividades de promoção da saúde com regularidade	0 – a equipe não desenvolve atividades de promoção da saúde 1 – a equipe desenvolve atividades de promoção da saúde, mas não tem regularidade 2 – a equipe desenvolve atividades de promoção da saúde com regularidade

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
PROCESSO	Projetos intersetoriais	Número de projetos intersetoriais realizados nos últimos 2 anos	A equipe desenvolve projetos intersetoriais com órgãos sociais diferentes da saúde (mínimo 1 nos últimos 2 anos)	0 – a equipe não desenvolve projetos intersetoriais 1 – a equipe desenvolve projetos intersetoriais com outros órgãos da saúde 2 – a equipe desenvolve projetos intersetoriais com órgãos sociais (diferentes da saúde)
	Encaminhamento para oftalmologista	Encaminhamento regular para o oftalmologista	A equipe encaminha os diabéticos ao oftalmologista pelo menos 1 vez ao ano	0 – a equipe não realiza o encaminhamento dos diabéticos para oftalmologista 1 – a equipe realiza o encaminhamento dos diabéticos para o oftalmologista, mas não tem regularidade 2 – a equipe encaminha os diabéticos ao oftalmologista pelo menos 1 vez ao ano
	Encaminhamento para outros níveis de atenção	Percentual de diabéticos encaminhados para outro nível de atenção quando há indicação	A equipe realiza o encaminhamento dos diabéticos para outros níveis de atenção quando há indicação em $\geq 80\%$ dos casos	0 – a equipe realiza o encaminhamento do diabético com indicação para outros níveis de atenção em $< 50\%$ dos casos 1 – a equipe realiza o encaminhamento dos diabéticos para outros níveis de atenção quando há indicação em $\geq 50\%$ a 79% dos casos 2 – a equipe realiza o encaminhamento dos diabéticos para outros níveis de atenção quando há indicação em $\geq 80\%$ dos casos
	Acompanhamento longitudinal	Percentual de diabéticos que tem o acompanhamento longitudinal	A equipe realiza o acompanhamento longitudinal de todos/maioria ($> 50\%$) dos diabéticos que se encontram em outros serviços	0 – a equipe não realiza o acompanhamento longitudinal dos diabéticos que se encontram em outros serviços 1 – a equipe realiza o acompanhamento longitudinal apenas de alguns/poucos diabéticos que se encontram em outros serviços 2 – a equipe realiza o acompanhamento longitudinal de todos/maioria dos diabéticos que se encontram em outros serviços
	Comunicação entre pontos de atenção	Situação de saúde dos pacientes diabéticos encaminhados comunicada sempre (preenchimento de fichas de referência e contra-referência, contato telefônico, prontuário eletrônico único ou mecanismo equivalente)	Sempre há a comunicação entre os pontos de atenção acerca da situação de saúde do diabético encaminhado	0 – nunca / quase nunca há comunicação entre os pontos de atenção acerca da situação de saúde do diabético encaminhado 1 – raramente/ às vezes há a comunicação entre os pontos de atenção acerca da situação de saúde do diabético encaminhado 2 – sempre há a comunicação entre os pontos de atenção acerca da situação de saúde do diabético encaminhado

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

ATENÇÃO ESPECIALIZADA				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Existência de consultórios para atender aos pacientes	Número de consultórios	Existe um consultório para o médico e outro para o enfermeiro;	0 - não existem consultórios. 1 - existe, mas é compartilhado entre os profissionais médico e enfermeiro; 2 - existe e cada profissional possui o seu: 1 consultório para o médico e outro para o enfermeiro;
	Existência de local adequado para realização das atividades educativas / grupos	Existência de local adequado para realização das atividades educativas / grupos	Possui um local específico para o desenvolvimento das atividades educativas / grupo	0 - não possui qualquer local possível de se desenvolver atividades educativas / grupos 1 - possui local improvisado onde desenvolvem as atividades de educação / grupo 2 - possui local específico para o desenvolvimento das atividades educativas / grupo
	Existência de leitos para internamento	Existência de leitos que atendem $\geq 70\%$ da demanda	A quantidade de leitos ofertados atende entre 70 e 100% da demanda	0 - a quantidade de leitos ofertados atende a menos que 70% da demanda 2- a quantidade de leitos ofertados atende entre 70 e 100% da demanda
	Existência de material para cadastro de todos os diabéticos	Material para cadastro de todos os diabéticos e tipo	Possui prontuário de papel, prontuário eletrônico único e o cartão SUS	0 - não existe qualquer material para cadastro dos diabéticos 1 - possui prontuário de papel 2- possui prontuário de papel + prontuário eletrônico único e cartão SUS
	Existência de equipamentos e insumos para atendimento do paciente diabético	Número e tipo de equipamentos	possui glicosímetro, fitas reagentes em quantidade suficiente, estesiômetro, balança antropométrica, estetoscópio e tensiômetros em diferentes tamanhos (7), fita métrica e oftalmoscópio	0 - não possui qualquer equipamento/insumo 1 - possui equipamentos/insumos, mas não em sua completude 2 - possui glicosímetro, fitas reagentes em quantidade suficiente, estesiômetro, balança antropométrica, estetoscópio e tensiômetros em diferentes tamanhos (7), fita métrica e oftalmoscópio
	Existência de material educativo	Existência de material educativo para atividades em grupo ou individuais	Disponer de material educativo para atividades em grupo ou individuais	0 - não possui qualquer material educativo 2 - dispõe de material educativo para atividades em grupo ou individuais
	Existência de Fitoterápicos / Homeopáticos / Plantas Medicinais	Existência e indicação do uso de Fitoterápicos / Homeopáticos / Plantas Medicinais	Disponer e indicar o fitoterápico	0 - não dispõe de qualquer fitoterápico 1 - dispõe do fitoterápico, mas não indica seu uso sob nenhuma hipótese 2 - dispõe e indica o fitoterápico

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

ATENÇÃO ESPECIALIZADA				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Existência de medicação para controle do DM	Existência, tipo e distribuição regular das medicações	Possui todas as medicações recomendadas pelo Ministério da Saúde (metformina, glibenclamida, glicazida, insulina de ação rápida e de ação intermediária) e a distribuição ocorre regularmente.	0 - não dispõe de qualquer medicação para controle do DM. 1 - dispõe de parte das medicações (metformina, glibenclamida, glicazida, insulina de ação rápida e de ação intermediária), mas não têm regularidade na distribuição; 2 - dispõe de parte das medicações e têm regularidade na distribuição OU dispõe de todas as medicações, mas não têm regularidade na distribuição; 3 - possui todas as medicações supracitadas e a distribuição ocorre regularmente.
	Existência de medicação para controle pressórico	Existência, tipo e distribuição regular das medicações	Possui todas as medicações recomendadas pelo Ministério da Saúde (enalapril, furosemida, hidroclorotiazida, losartan, propanolol, anlodipino/nifedipina) e a distribuição ocorre regularmente.	0 - não dispõe de qualquer medicação para controle pressórico. 1 - dispõe de parte das medicações (enalapril, furosemida, hidroclorotiazida, losartan, propanolol, anlodipino/nifedipina), mas não têm regularidade na distribuição; 2 - dispõe de parte das medicações e têm regularidade na distribuição OU dispõe de todas as medicações, mas não têm regularidade na distribuição; 3 - possui todas as medicações supracitadas e a distribuição ocorre regularmente.
	Existência de medicação cardioprotetora	Existência e distribuição regular das medicações	Possui medicação cardioprotetora (AAS) e a distribuição ocorre regularmente.	0 - não possui medicação cardioprotetora. 1 - possui medicação cardioprotetora (AAS), mas não tem regularidade na distribuição. 2 - possui medicação cardioprotetora (AAS) e a distribuição ocorre regularmente.
	Existência de medicação para melhora de perfil lipídico	Existência e distribuição regular das medicações	Possui medicação para melhora do perfil lipídico (sinvastatina) e a distribuição ocorre regularmente.	0 - não possui medicação para melhora do perfil lipídico 1 - possui medicação para melhora do perfil lipídico (sinvastatina), mas não tem regularidade na distribuição 2 - possui medicação para melhora do perfil lipídico (sinvastatina) e a distribuição ocorre regularmente.
	Existência de medicação para controle de neuropatias	Existência, tipo e distribuição regular das medicações	Possui medicação para controle de neuropatias (carbamazepina, amiprilina) e a distribuição ocorre regularmente.	0 - não possui medicação para controle de neuropatias 1 - possui parte da medicação para controle de neuropatias (carbamazepina, amiprilina), mas não tem regularidade na distribuição. 2 - dispõe de parte das medicações e têm regularidade na distribuição OU dispõe de todas as medicações, mas não têm regularidade na distribuição; 3 - possui medicação para controle de neuropatias (carbamazepina, amiprilina) e a distribuição ocorre regularmente.

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

ATENÇÃO ESPECIALIZADA				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Existência de Profissionais	Número de profissionais	A quantidade de profissionais é suficiente para atender a demanda (Escala ≥ 7)	0 - não possui profissional em quantidade suficiente para atender a demanda (Escala < 5) 1 - não possui profissional em quantidade suficiente para atender a demanda (Escala: ≥ 5 e < 7) 2 - a quantidade de profissionais é suficiente para atender a demanda (Escala ≥ 7)
	Equipe de saúde qualificada	Percentual de profissionais que receberam capacitação para atuação junto ao paciente diabético	Todos os profissionais (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem) receberam qualificação acerca da atenção ao paciente diabético nos últimos 2 anos	0 - nenhum profissional de saúde recebeu qualificação nos últimos dois anos acerca da atenção ao paciente diabético 1 - todos os profissionais (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem) receberam qualificação acerca da atenção ao paciente diabético, mas faz mais de 2 anos OU apenas alguns profissionais receberam qualificação nos últimos 2 anos 2 - todos os profissionais (médico, enfermeiro, e técnico de enfermagem) receberam qualificação acerca da atenção ao paciente diabético nos últimos 2 anos
	Existência de protocolo para estratificação dos pacientes por riscos	Protocolo de estratificação dos pacientes por risco	Possui e utiliza protocolo para estratificação dos pacientes por risco	0 - não possui protocolo para estratificação dos pacientes por risco 1 - possui protocolo para estratificação dos pacientes por risco, mas não utiliza 2 - possui e utiliza protocolo para estratificação dos pacientes por risco
	Existência de protocolos de atendimento ao DM	Protocolo de atendimento ao DM	Possui e utiliza protocolo de atendimento ao DM	0 - não possui protocolo de atendimento ao DM 1 - possui protocolo de atendimento ao DM, mas não utiliza 2 - possui e utiliza protocolo de atendimento ao DM
	Existência de fluxograma de atendimento ao DM	Fluxograma de atendimento ao DM	Possui e utiliza fluxograma de atendimento ao DM	0 - não possui fluxograma de atendimento ao DM 1 - possui fluxograma de atendimento ao DM, mas não utiliza 2 - possui e utiliza fluxograma de atendimento ao DM
	Existência de manual (is) para orientar quanto à realização de exames laboratoriais	Manual de orientação para realização de exames laboratoriais	Possui e utiliza manual para orientar realização de exames laboratoriais	0 - não possui manual para orientar realização de exames laboratoriais 1 - possui manual para orientar realização de exames laboratoriais, mas não utiliza 2 - possui e utiliza manual para orientar realização de exames laboratoriais
	Existência de manual (is) para orientar quanto à realização de exames de imagem	Manual de orientação para realização de exames de imagem	Possui e utiliza manual para orientar realização de exames de imagem	0 - não possui manual para orientar realização de exames de imagem 1 - possui manual para orientar realização de exames de imagem, mas não utiliza 2 - possui e utiliza manual para orientar realização de exames de imagem

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

ATENÇÃO ESPECIALIZADA				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
PROCESSO	Cadastro	Cadastro completo dos diabéticos realizado	A equipe cadastra os diabéticos em prontuários de papel, além de prontuário eletrônico único e cartão SUS	0 - a equipe não cadastra diabéticos 1 - a equipe cadastra os diabéticos apenas em prontuários de papel 2 - a equipe cadastra os diabéticos em prontuários de papel, além de prontuário eletrônico único e cartão SUS
	Classificação por risco	Percentual de casos em que há classificação por risco	A equipe utiliza a classificação por risco em $\geq 80\%$ dos casos	0 - a equipe não utiliza a classificação por risco ou utiliza em $< 50\%$ dos casos 1 - a equipe utiliza a classificação por risco em $\geq 50\%$ a 79% dos casos 2 - a equipe utiliza a classificação por risco em $\geq 80\%$ dos casos
	Consulta	Consulta completa na frequência adequada realizada	A equipe realiza a consulta completa ao diabético na frequência adequada.	0 – a equipe não realiza consulta completa ao diabético (ausculta cardíaca e respiratória, frequências cardíaca e respiratória, exame do abdômen, exame físico e teste de sensibilidade dos pés, medida de glicemia capilar, pressão arterial, circunferência abdominal, IMC, peso e exame de fundo de olho), nem na frequência adequada. 1 – a equipe não realiza a consulta completa ao diabético, mas realiza as consultas na frequência adequada OU a equipe realiza a consulta completa ao diabético, mas não na frequência adequada. 2 – a equipe realiza a consulta completa ao diabético na frequência adequada.
	Consulta de urgência / emergência	Percentual de diabéticos que buscam o serviço e são consultados	$\geq 80\%$ dos diabéticos que procuram o serviço conseguem ser consultados	0 – menos de 50% dos diabéticos que procuram o serviço conseguem ser consultados 1 – entre 50 e 79% dos diabéticos que procuram o serviço conseguem ser consultados 2 - $\geq 80\%$ dos diabéticos que procuram o serviço conseguem ser consultados
	Autocuidado apoiado	Percentual de diabéticos que recebem o autocuidado apoiado	A equipe desenvolve o autocuidado apoiado de $\geq 80\%$ dos diabéticos encaminhados pela APS	0 – a equipe desenvolve o autocuidado apoiado em $< 50\%$ dos diabéticos 1 – a equipe desenvolve o autocuidado apoiado de $\geq 50\%$ a 79% dos diabéticos 2 - a equipe desenvolve o autocuidado apoiado de $\geq 80\%$ dos diabéticos encaminhados pela APS
	Atendimento prioritário às descompensações de DM	Percentual de diabéticos com descompensações que tiveram atendimento priorizado.	A equipe realiza atendimento prioritário de $\geq 80\%$ dos diabéticos com descompensações	0 – a equipe realiza o atendimento prioritário de $< 50\%$ dos diabéticos com descompensações 1 – a equipe realiza atendimento prioritário de $\geq 50\%$ a 79% dos diabéticos com descompensações 2 - a equipe realiza atendimento prioritário de $\geq 80\%$ dos diabéticos com descompensações

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

ATENÇÃO ESPECIALIZADA				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
PROCESSO	Discussão de caso clínico	Discussão de caso clínico realizada com regularidade	A equipe sempre realiza discussão de casos clínicos e possui um horário específico para essa atividade (há regularidade - mínimo 1 vez/mês)	0 – a equipe não realiza discussão de casos clínicos 1 – a equipe realiza discussão de casos clínicos apenas quando julgam necessário (não tem regularidade). 2 – a equipe sempre realiza discussão de casos clínicos e possui um horário específico para essa atividade (há regularidade)
	Grupos	Grupos participativos realizados	A equipe realiza grupos com orientações expostas de maneira geral e problematizadora, práticas corporais ou outros.	0 – a equipe não desenvolve grupos com diabéticos 1 – a equipe desenvolve grupos com diabéticos apenas para distribuição de medicações, e não realiza medida de glicemia e PA nos participantes do grupo 2 – a equipe desenvolve grupos com diabéticos para distribuição de medicações, e realiza medidas de glicemia e PA com os participantes do grupo 3 – a equipe realiza grupos com orientações expostas de maneira geral e problematizadora, práticas corporais ou outros.
	Frequência dos grupos	Grupos ocorrem regularmente	A equipe desenvolve grupos com diabéticos e mantém uma regularidade (mínimo 1/mês)	0 – a equipe não desenvolve grupos com diabéticos 1 – a equipe desenvolve grupos com diabéticos, mas não possui uma regularidade 2 – a equipe desenvolve grupos com diabéticos e mantém uma regularidade
	Encaminhamento para outros níveis de atenção	Percentual de diabéticos encaminhados para outro nível de atenção quando há indicação	A equipe realiza o encaminhamento dos diabéticos para outros níveis de atenção quando há indicação em $\geq 80\%$ dos casos	0 – a equipe realiza o encaminhamento do diabético com indicação para outros níveis de atenção em $< 50\%$ dos casos 1 – a equipe realiza o encaminhamento dos diabéticos para outros níveis de atenção quando há indicação em $\geq 50\%$ a 79% dos casos 2 - a equipe realiza o encaminhamento dos diabéticos para outros níveis de atenção quando há indicação em $\geq 80\%$ dos casos
	Comunicação entre pontos de atenção	Situação de saúde dos pacientes diabéticos encaminhados comunicada sempre (preenchimento de fichas de referência e contra-referência, contato telefônico, prontuário eletrônico único ou mecanismo equivalente)	Sempre há a comunicação entre os pontos de atenção acerca da situação de saúde do diabético encaminhado	0 – nunca / quase nunca há comunicação entre os pontos de atenção acerca da situação de saúde do diabético encaminhado 1 – raramente/ às vezes há a comunicação entre os pontos de atenção acerca da situação de saúde do diabético encaminhado 2 – sempre há a comunicação entre os pontos de atenção acerca da situação de saúde do diabético encaminhado

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

ATENÇÃO ESPECIALIZADA				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
PROCESSO	Atendimento dos encaminhamentos da APS	Percentual de diabéticos encaminhados pela APS atendidos	A equipe realiza o atendimento de $\geq 80\%$ dos diabéticos encaminhados pela APS	0 – a equipe realiza o atendimento de $< 50\%$ dos diabéticos encaminhados pela APS 1 – a equipe realiza o atendimento de $\geq 50\%$ a 79% dos diabéticos encaminhados pela APS 2 - a equipe realiza o atendimento de $\geq 80\%$ dos diabéticos encaminhados pela APS
	Exames laboratoriais	Percentual de diabéticos que realizam exames laboratoriais quando necessitam	$\geq 80\%$ dos diabéticos que necessitam, conseguem realizar exames laboratoriais	0 – menos de 50% dos diabéticos que necessitam, conseguem realizar exames laboratoriais 1 – entre 50 e 79% dos diabéticos que necessitam, conseguem realizar exames laboratoriais 2 - $\geq 80\%$ dos diabéticos que necessitam, conseguem realizar exames laboratoriais
	Exames mais complexos	Percentual de diabéticos que realizam exames mais complexos quando necessitam	$\geq 80\%$ dos diabéticos que necessitam conseguem realizar exames mais complexos	0 – menos de 50% dos diabéticos que necessitam consegue realizar exames mais complexos 1 – entre 50 e 79% dos diabéticos que necessitam consegue realizar exames mais complexos 2 - $\geq 80\%$ dos diabéticos que necessitam conseguem realizar exames mais complexos
	Dispensação de medicações	Percentual de diabéticos que recebem sua medicação quando necessitam	$\geq 80\%$ dos diabéticos que necessitam, conseguem sua medicação	0 – menos de 50% dos diabéticos que necessitam, conseguem sua medicação 1 – entre 50 e 79% dos diabéticos que necessitam, conseguem sua medicação 2 - $\geq 80\%$ dos diabéticos que necessitam, conseguem sua medicação
	Internamento	Percentual de diabéticos que se internam quando necessitam	$\geq 80\%$ dos diabéticos que necessitam conseguem internamento	0 – menos de 50% dos diabéticos que necessitam conseguem internamento 1 – entre 50 e 79% dos diabéticos que necessitam conseguem internamento 2 - $\geq 80\%$ dos diabéticos que necessitam conseguem internamento
	Reabilitação	Percentual de diabéticos que conseguem terapias de reabilitação quando necessitam	O serviço realiza reabilitação e 80% ou mais dos diabéticos que necessitam, são atendidos.	0 – o serviço não realiza reabilitação dos diabéticos que necessitam ou menos de 50% dos diabéticos são atendidos 1 – o serviço realiza reabilitação, mas apenas $50 - 79\%$ dos diabéticos que necessitam, são atendidos 2 – o serviço realiza reabilitação e 80% ou mais dos diabéticos que necessitam, são atendidos.
	Cirurgias	Percentual de diabéticos que realizam cirurgias quando necessário	$\geq 80\%$ dos diabéticos que necessitam conseguem realizar cirurgias	0 – menos de 50% dos diabéticos que necessitam consegue realizar cirurgias 1 – entre 50 e 79% dos diabéticos que necessitam consegue realizar cirurgias 2 - $\geq 80\%$ dos diabéticos que necessitam conseguem realizar cirurgias
	Terapia intensiva	Percentual de diabéticos que são internados em terapia intensiva quando necessário	$\geq 80\%$ dos diabéticos que necessitam conseguem realizar internamento em terapia intensiva	0 – menos de 50% dos diabéticos que necessitam consegue internamento em terapia intensiva 1 – entre 50 e 79% dos diabéticos que necessitam consegue internamento em terapia intensiva 2 - $\geq 80\%$ dos diabéticos que necessitam conseguem realizar internamento em terapia intensiva

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

ATENÇÃO ESPECIALIZADA				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
PROCESSO	Medicações / outros insumos	Percentual de diabéticos que têm medicações ou outros insumos administrados quando necessário	≥ 80% dos diabéticos que necessitam, conseguem administração de medicações ou outros insumos	0 – menos de 50% dos diabéticos que necessitam conseguem administração de medicações ou outros insumos 1 – entre 50 e 79% dos diabéticos que necessitam, conseguem administração de medicações ou outros insumos 2 - ≥ 80% dos diabéticos que necessitam, conseguem administração de medicações ou outros insumos
SISTEMAS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Existência de referência / Interconsulta para clínica especializada em tempo oportuno	Existência de referência para especialidades, tipo e tempo oportuno	Possui referência para todas as especialidades (cardiologia, neurologia, oftalmologia, nutrição, psicologia, endocrinologia, angiologia, nefrologia e dermatologia) e ocorrem em tempo oportuno	0 - não possui referência/interconsulta para as especialidades (cardiologia, neurologia, oftalmologia, nutrição, psicologia, endocrinologia, angiologia, nefrologia e dermatologia) 1 - possui referência para algumas especialidades supracitadas, mas não ocorrem em tempo considerado oportuno 2 - possui referência para todas especialidades supracitadas, mas não em tempo considerado oportuno 3 - possui referência para todas as especialidades supracitadas e ocorrem em tempo oportuno
	Existência de referência para unidade hospitalar	Existência de referência para unidade hospitalar	Possui referência para unidade hospitalar e a transferência ocorre em tempo considerado oportuno	0 - não possui referência para unidade hospitalar 1 - possui referência para unidade hospitalar, mas não em tempo considerado oportuno 2 - possui referência para unidade hospitalar e a transferência ocorre em tempo considerado oportuno
	Existência de referência para Unidade/Serviço de Pronto-Atendimento	Existência de referência para UPA/SPA	Possui referência para UPA/SPA e a transferência ocorre em tempo considerado oportuno	0 - não possui referência para UPA/SPA 1 - possui referência para UPA/SPA, mas a transferência não ocorre em tempo considerado oportuno 2 - possui referência para UPA/SPA e a transferência ocorre em tempo considerado oportuno
	Existência de referência para o Serviço de Atendimento Domiciliar	Existência de referência para SAD	Possui referência para SAD e ocorre em tempo oportuno	0 - não possui referência para SAD 1 - possui referência para SAD, mas não em tempo considerado oportuno 2 - possui referência para SAD e ocorre em tempo oportuno

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

SISTEMAS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Existência de referência para prática de atividades corporais	Existência de referência para Programa Academia da Cidade/ Academia Recife, ou outro que forneça prática corporal	Possui referência para PAC em tempo considerado oportuno	0 - não possui referência para PAC 1 - possui referência para PAC, mas não em tempo considerado oportuno 2 - possui referência para PAC em tempo considerado oportuno
	Existência de referência para Práticas Integrativas e Complementares	Existência de referência para PICS	Possui referência para PICS e em tempo considerado oportuno	0 - não possui referência para PICS 1 - possui referência para PICS, mas não em tempo considerado oportuno 2 - possui referência para PICS e em tempo considerado oportuno
	Existência de referência para Núcleo de Apoio a Saúde da Família	Existência de referência para NASF	Possui referência para NASF e em tempo considerado oportuno	0 - não possui referência para NASF 1 - possui referência para NASF, mas não em tempo considerado oportuno 2 - possui referência para NASF e em tempo considerado oportuno
	Exames	Existência de cotas para realização dos exames, tipo, quantidade e tempo oportuno	Possui cotas para realização de <i>todos</i> os exames (glicemia de jejum, TOTG, glicemia casual, glicemia pós-pandrial, hemoglobina glicada, colesterol total/HDL, triglicerídeos, creatinina sérica, exame de urina, microalbuminúria, ECG) em quantidade suficiente (Escala > 7) e em tempo oportuno (Escala > 7)	0 - não possui cotas para realização de exames (glicemia de jejum, TOTG, glicemia casual, glicemia pós-pandrial, hemoglobina glicada, colesterol total/HDL, triglicerídeos, creatinina sérica, exame de urina, microalbuminúria, ECG) 1 - possui cotas para realização de <i>alguns</i> exames supracitados, mas não em quantidade suficiente (Escala < 7) e nem ocorrem em tempo oportuno (Escala < 7) 2 - possui cotas para realização de <i>alguns</i> os exames supracitados, mas <i>ou</i> em quantidade insuficiente (Escala < 7) <i>ou</i> em tempo considerado inoportuno (Escala < 7) OU possui cotas para realização de <i>todos</i> os exames, mas não em quantidade suficiente (Escala < 7) e nem ocorrem em tempo oportuno (Escala < 7) 3 - possui cotas para realização de <i>alguns</i> exames supracitados em quantidade suficiente (Escala > 7) e em tempo oportuno (Escala > 7) 4 - possui cotas para realização de <i>todos</i> os exames supracitados em quantidade suficiente (Escala > 7) e em tempo oportuno (Escala > 7)

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

SISTEMAS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Exames mais complexos	Existência de cotas para realização dos exames, tipo, quantidade suficiente e tempo oportuno	Possui cotas para realização de <i>todos</i> os exames (USG abdominal, USG doppler, tomografia computadorizada, ecocardiograma, cateterismo, teste de esforço, ENMG) em quantidade suficiente (Escala > 7) e em tempo oportuno (Escala > 7)	0 - não possui cotas para realização de exames mais complexos (USG abdominal, USG doppler, tomografia computadorizada, ecocardiograma, cateterismo, teste de esforço, ENMG) 1 - possui cotas para realização de alguns exames supracitados, mas não em quantidade suficiente (Escala < 7) e nem ocorrem em tempo oportuno (Escala < 7) 2 - possui cotas para realização de alguns/todos os exames supracitados, mas <i>ou</i> em quantidade insuficiente (Escala < 7) <i>ou</i> em tempo considerado inoportuno (Escala < 7) OU possui cotas para realização de <i>todos</i> os exames, mas não em quantidade suficiente (Escala < 7) e nem ocorrem em tempo oportuno (Escala < 7) 3 - possui cotas para realização de <i>alguns</i> exames supracitados em quantidade suficiente (Escala > 7) e em tempo oportuno (Escala > 7) 4 - possui cotas para realização de <i>todos</i> os exames supracitados em quantidade suficiente (Escala > 7) e em tempo oportuno (Escala > 7)
PROCESSO	Visita domiciliar	Percentual de diabéticos indicados pela ESF com a VD realizada pela equipe NASF;	A equipe NASF realiza a visita domiciliar de 80% ou mais dos diabéticos indicados pela ESF;	0 - a equipe NASF não realiza a visita domiciliar dos diabéticos indicados pela ESF; 1 - a equipe NASF realiza a visita domiciliar de < 50% dos diabéticos indicados pela ESF; 2 - a equipe NASF realiza a visita domiciliar de 50 - 79% dos diabéticos indicados pela ESF; 3 - a equipe NASF realiza a visita domiciliar de 80% ou mais dos diabéticos indicados pela ESF;
	Atendimento domiciliar	Percentual de diabéticos indicados pela ESF com atendimento domiciliar realizado pelo SAD;	A equipe SAD realiza o atendimento domiciliar de 80% ou mais dos diabéticos indicados pela ESF	0 - a equipe SAD não realiza o atendimento domiciliar dos diabéticos indicados pela ESF; 1 - a equipe SAD realiza o atendimento domiciliar de < 50% dos diabéticos indicados pela ESF; 2 - a equipe SAD realiza o atendimento domiciliar de 50 - 79% dos diabéticos indicados pela ESF; 3 - a equipe SAD realiza o atendimento domiciliar de 80% ou mais dos diabéticos indicados pela ESF;
	Projeto Terapêutico Singular (PTS) do paciente (diabético)	PTS (do diabético) realizado pela equipe NASF em conjunto com a ESF (mínimo 1/semestre)	A equipe NASF realiza PTS junto à ESF com regularidade (≥ 1 PTS/equipe/semestre)	0 - a equipe NASF não realiza PTS junto à ESF; 1 - a equipe NASF realiza PTS junto à ESF, mas não tem regularidade (< 1 PTS/equipe/semestre) 2 - a equipe NASF realiza PTS junto à ESF com regularidade (≥ 1 PTS/equipe/semestre)
	Projeto Saúde no Território (PST)	PST realizado pelo NASF com regularidade	A equipe NASF realiza PST com regularidade (mínimo 1 PST/ ano).	0 - a equipe NASF não realiza PST 1 - a equipe NASF realiza PST, mas não tem regularidade (< 1 PST/ano) 2 - a equipe NASF realiza PST com regularidade (≥ 1 PST/ano)

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

SISTEMAS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
PROCESSO	Educação em saúde pelo NASF	Número de atividades de educação em saúde realizadas pelo NASF	A equipe NASF desenvolve atividades educativas junto à população adscrita de forma sistemática (mínimo 4/semestre)	0 – a equipe NASF não desenvolve atividades educativas junto à população adscrita 1 – a equipe NASF desenvolve atividades educativas junto à população adscrita, mas não de forma sistemática (< 04 atividades / semestre) 2 – a equipe NASF desenvolve atividades educativas junto à população adscrita de forma sistemática (≥ 04 atividades / semestre)
	Educação em saúde pelo PAC / PAR	Número de atividades de educação em saúde desenvolvidas pelo PAC/ PAR	A equipe PAC/PAR desenvolve atividades educativas junto à população de forma sistemática (mínimo 02/semestre)	0 – a equipe PAC/PAR não desenvolve atividades educativas junto à população 1 – a equipe PAC/PAR desenvolve atividades educativas junto à população, mas não de forma sistemática (< 02 atividades / semestre) 2 – a equipe PAC/PAR desenvolve atividades educativas junto à população de forma sistemática (≥ 02 atividades / semestre)
	Suporte técnico e emocional pelo NASF/SAD	Suporte técnico e emocional realizado pelo NASF/ SAD aos cuidadores de diabéticos	A equipe NASF/SAD realiza suporte técnico e emocional aos cuidadores dos diabéticos	0 – a equipe NASF/SAD não realiza suporte técnico e emocional aos cuidadores dos diabéticos 1 – a equipe NASF/SAD realiza suporte técnico e emocional aos cuidadores dos diabéticos
	Atividade física/práticas corporais	Percentual de diabéticos que passaram a realizar atividade física corporal após buscar o PAC/ PAR	A equipe PAC/PAR realiza atividade física/corporal de 80% ou mais dos diabéticos que procuram o serviço;	0 – a equipe PAC/PAR não realiza atividade física/corporal com os diabéticos OU não sabe informar quantos diabéticos frequentam as atividades 1 – a equipe PAC/PAR realiza atividade física/corporal de < 50% dos diabéticos que procuram o serviço; 2 – a equipe PAC/PAR realiza atividade física/corporal de 50 – 79% dos diabéticos que procuram o serviço; 3 – a equipe PAC/PAR realiza atividade física/corporal de 80% ou mais dos diabéticos que procuram o serviço;
	Apoio matricial NASF/SAD	Número de atividades de apoio matricial realizadas pelo NASF/ SAD	A equipe NASF/SAD desenvolve atividades apoio matricial junto à ESF de forma sistemática (mínimo 04 assistenciais e 04 pedagógicas / trimestre)	0 – a equipe NASF/SAD não desenvolve apoio matricial junto à ESF 1 – a equipe NASF/SAD desenvolve apoio matricial junto à ESF, mas não de forma sistemática (< 04 atividades assistenciais e/ou < 04 técnico-pedagógicas /trimestre) 2 – a equipe NASF/SAD desenvolve atividades apoio matricial junto à ESF de forma sistemática (≥ 04 atividades assistenciais e ≥ 04 técnico-pedagógicas /trimestre)
	Gestão compartilhada NASF / SAD	Gestão compartilhada realizada pelo NASF/ SAD com a ESF	A equipe NASF/SAD realiza gestão compartilhada com a ESF	0 – a equipe NASF/SAD não realiza gestão compartilhada com a ESF 1 – a equipe NASF/SAD realiza gestão compartilhada com a ESF

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

SISTEMA LOGÍSTICO				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Existência de uma Central de marcação de consultas, exames e regulação de leitos	Central de marcação de consultas, exames e regulação de leitos	Possui Central de Regulação de consultas, exames e leitos	0 - não possui Central de Regulação de consultas, exames e leitos 2- possui Central de Regulação de consultas, exames e leitos
	Existência de veículo com equipe qualificada acompanhando para realizar transporte	Existência de veículo para realização de transporte e equipe qualificada para acompanhar no transporte de casos de DM que necessitem	Possui veículo e equipe qualificada para realizar transporte em quantidade suficiente	0 - não possui veículo com equipe qualificada para realizar transporte 1 – possui o veículo para realizar o transporte, mas não dispõe de equipe qualificada para acompanhar o deslocamento OU possui veículo e equipe qualificada, mas em quantidade insuficiente 2 - possui veículo e equipe qualificada para realizar transporte em quantidade suficiente
	Existência do prontuário eletrônico único ou outro mecanismo que assegure o fluxo de informações acerca do paciente entre os pontos de atenção à saúde da Rede	Existência de prontuário eletrônico único ou outro mecanismo que assegure o fluxo de informações acerca do paciente entre os pontos de atenção à saúde da Rede	Possui prontuário eletrônico único e/ou mecanismo afim	0 - não possui prontuário eletrônico único ou mecanismo afim 2 - possui prontuário eletrônico único e/ou mecanismo afim
PROCESSO	Agendamento de consultas e exames	Agendamento de consultas e exames em tempo oportuno	A regulação realiza o agendamento de consultas e exames em sua plenitude e em tempo considerado oportuno para pacientes (diabéticos)	0 – a regulação não realiza o agendamento de consultas e exames para pacientes (diabéticos) 1 – a regulação realiza o agendamento de consultas e exames, mas não em sua plenitude, nem em tempo considerado oportuno para pacientes (diabéticos) 2- a regulação realiza o agendamento de consultas e exames em sua plenitude, mas não em tempo considerado oportuno OU realiza o agendamento de consultas e exames, mas não em sua plenitude, mas em tempo considerado oportuno 3 – a regulação realiza o agendamento de consultas e exames em sua plenitude e em tempo considerado oportuno para pacientes (diabéticos)
	Regulação de leitos	Regulação de leitos em tempo oportuno	Há a regulação de leitos para pacientes (diabéticos) em tempo considerado oportuno	0 – não existe a regulação de leitos para pacientes (diabéticos) 1 – há a regulação de leitos para pacientes (diabéticos), mas em tempo considerado não oportuno 2 – há a regulação de leitos para pacientes (diabéticos) em tempo considerado oportuno

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(continuação)

SISTEMA DE GOVERNANÇA				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
ESTRUTURA	Existência de uma equipe qualificada e em tamanho suficiente	Existência de equipe qualificada e em tamanho suficiente	Possui equipe qualificada e em tamanho suficiente (escala ≥ 7)	0 - não possui equipe qualificada, nem em tamanho suficiente 1 - possui equipe qualificada, mas não em tamanho suficiente OU possui equipe em tamanho suficiente, mas não qualificada 2 - possui equipe qualificada e em tamanho suficiente
	Local de trabalho	Local específico e adequado ao desenvolvimento das atividades	Possui local específico e adequado ao desenvolvimento das atividades	0 - não possui local específico e adequado ao desenvolvimento de suas atividades 1 - possui um local específico, mas inadequado ao desenvolvimento de suas atividades (por exemplo, sem acesso à computador, internet, etc) 2 - possui local específico e adequado ao desenvolvimento das atividades
	Disponibilidade de recursos financeiros	Recursos financeiros para realização das ações voltadas à atenção à saúde dos portadores de DM	Dispõe de recursos financeiros para realização de suas ações;	0 - não dispõe de recursos financeiros para realização de suas ações; 2 - dispõe de recursos financeiros para realização de suas ações;
	Acesso a documentações	Acesso irrestrito/facilitado de documentos	Possui acesso irrestrito/facilitado de documentos	0 - não possui acesso a documentos (portarias, normativas) 1 - possui acesso restrito/difícil de documentos 2 - possui acesso irrestrito/facilitado de documentos
	Existência de canal de comunicação (ouvidoria, p.ex.) da população com a gestão;	Existência de um Canal de comunicação com a população	Existe canal de comunicação com a população	0 - não existe canal de comunicação da população com a gestão 2 - existe canal de comunicação da população com a gestão
PROCESSO	Construção de diagnósticos e estabelecimento de prioridades	Construção de diagnósticos e estabelecimento de prioridades realizados	A Gestão constrói diagnóstico da situação de saúde e estabelece prioridades	0 - a Gestão não constrói diagnóstico da situação de saúde da população; 1 - a Gestão constrói diagnóstico da situação de saúde, mas não estabelece prioridades 2 - a Gestão constrói diagnóstico da situação de saúde e estabelece prioridades
	Articulação de serviços/ações de saúde;	Nº e tipo de estratégia para articulação de ações e serviços de saúde	A Gestão realiza a articulação de serviços para melhoria da saúde dos diabéticos, com regularidade (mínimo 02 estratégias – reuniões, seminários, etc - de articulação/ semestre)	0 – a Gestão não realiza a articulação de serviços para melhoria da saúde dos diabéticos 1 – a Gestão realiza a articulação de serviços para melhoria da saúde dos diabéticos, mas não com regularidade (< 02 estratégias – reuniões, seminários, etc - de articulação) 2 - a Gestão realiza a articulação de serviços para melhoria da saúde dos diabéticos, com regularidade (≥ 02 estratégias – reuniões, seminários, etc - de articulação)

Quadro 2 - Matriz de Análise e Julgamento do Grau de Implantação

(conclusão)

SISTEMA DE GOVERNANÇA				
DIMENSÃO	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
PROCESSO	Programação orçamentária	Ações de assistência ao DM realizadas segundo a programação orçamentária	A gestão possui a programação orçamentária para as ações de assistência aos portadores de DM	0 - a gestão não possui a programação orçamentária para as ações de assistência aos portadores de DM 2 - a gestão possui a programação orçamentária para as ações de assistência aos portadores de DM
	Monitoramento/Avaliação	Indicadores monitorados e reuniões de discussão realizadas	A gestão monitora ≥ 2 indicadores acerca da situação de saúde do DM e se reúne para discuti-los, ao menos 1 vez/ semestre	0 - a gestão não monitora qualquer indicador acerca da situação de saúde do DM. 1 - a gestão monitora < 2 indicadores acerca da situação de saúde do DM, mas não se reúne para discuti-lo. 2 - a gestão monitora < 2 indicadores acerca da situação de saúde do DM e se reúne para discuti-lo OU a gestão monitora ≥ 2 indicadores acerca da situação de saúde do DM, mas não se reúne para discuti-los 3 - a gestão monitora ≥ 2 indicadores acerca da situação de saúde do DM e se reúne para discuti-los
	Análise e divulgação de informações	Nº de veiculações/divulgações (panfletos, cartazes, propagandas, etc.) de informações acerca da saúde dos diabéticos	A gestão realiza ≥ 2 divulgações de informações acerca da saúde dos diabéticos por ano	0 - a gestão não realiza qualquer tipo de veiculação de informação acerca da saúde dos diabéticos 1 - a gestão realiza < 2 divulgações de informações acerca da saúde dos diabéticos por ano 2 - a gestão realiza ≥ 2 divulgações de informações acerca da saúde dos diabéticos por ano

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 3 - Matriz de variáveis, categorias temáticas, origem dos dados, critérios e julgamento de análise do contexto político e estrutural de implantação da Rede de Atenção à Saúde dos portadores de doenças crônicas.

(continua)

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO CONTEXTO POLÍTICO				
QUESTÃO NORTEADORA	VARIÁVEL	CATEGORIA	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PARÂMETRO (contexto favorável)
Em que as estratégias dos atores se opõem ou favorecem a implantação da intervenção?	Suporte dado à intervenção	Investimentos para a melhoria da atenção à saúde dos portadores de doenças crônicas que contribuam para a implantação da RAS.	Entrevistas com o responsável pela vigilância epidemiológica no DS (Apêndice A), coordenador(a) da Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas na esfera central (Apêndice B) e responsável pelo Sistema de Regulação na esfera central (Apêndice C).	Houve investimento em recursos humanos (aumento e qualificação de recursos humanos do DS e âmbito central), financeiros e materiais para a atenção ao portador de doenças crônicas / DM e sua respectiva RAS, de modo a viabilizar a sua implantação.
	Controle na organização para operacionalizar a intervenção	Conhecimento sobre a situação de saúde dos portadores de doenças crônicas e sobre a implantação da RAS no município	Entrevistas com o responsável pela vigilância epidemiológica no DS (Apêndice A); coordenador(a) da Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas no âmbito central. (Apêndice B) e responsável pelo Sistema de Regulação no âmbito central (Apêndice C).	A Vigilância Epidemiológica conhece a distribuição (por região, sexo e faixa etária) dos portadores de doenças crônicas / DM; a Atenção à Saúde conhece a epidemiologia das doenças crônicas/DM no município, o funcionamento dos serviços e a forma como se estruturam para formar a RAS; a Regulação tem fluxos e parâmetros para marcação de consultas com especialistas e internamentos bem estabelecidos.
Os atores que controlam as bases de poder na organização são favoráveis à implantação da intervenção?	Coerência entre os objetivos da implantação da RAS e as ações	Priorização da atenção à saúde aos portadores de doenças crônicas e implantação da respectiva RAS	Entrevistas com o responsável pela vigilância epidemiológica no DS (Apêndice A), coordenador(a) da Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas no âmbito central. (Apêndice B) e responsável pelo Sistema de Regulação no âmbito central (Apêndice C).	Gestores conhecem a situação epidemiológica (mencionam dados epidemiológicos) e dos serviços de saúde destinados aos portadores de doenças crônicas/DM e consideram um problema de saúde pública. Consideram a implantação da RAS uma prioridade.
		Envolvimento dos gestores com a atenção à saúde aos portadores de doenças crônicas e implantação de sua respectiva RAS	Entrevistas com o responsável pela vigilância epidemiológica no DS (Apêndice A) e com o(a) coordenador(a) da Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas na esfera central (Apêndice B).	As ações e metas relacionadas a Atenção à Saúde de portadores de doenças crônicas/DM e sua respectiva RAS contempladas nos Planos Municipais de Saúde (2010 a 2013, e 2014-2017) e nas Programações Anuais de Saúde dos referidos anos, são de conhecimento do gestor responsável pela Atenção à Saúde na esfera central; Os gestores (âmbito distrital e central) discutem sobre a situação de saúde dos portadores de doenças crônicas/DM entre si e consideram a implantação de sua RAS importante para a melhoria da Atenção a Saúde desses pacientes.

Quadro 3 -Matriz de variáveis, categorias temáticas, origem dos dados, critérios e julgamento de análise do contexto político e estrutural de implantação da Rede de Atenção à Saúde dos portadores de doenças crônicas.

(conclusão)

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO CONTEXTO ESTRUTURAL				
QUESTÃO NORTEADORA	VARIÁVEL	CATEGORIA	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PARÂMETRO (contexto favorável)
As características dos gestores, do ambiente e da organização favorecem a implantação da intervenção?	Atributos organizacionais	Coerência dos planos com as ações de Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas	Consulta a documentos: Planos Municipais de Saúde de 2010 a 2013 e 2014-2017 (Apêndice D); Entrevista com o(a) coordenador(a) da Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas no âmbito central (Apêndice B) e com responsável pelo Sistema de Regulação no âmbito central (Apêndice C).	Os planos municipais de saúde e as programações anuais (correspondentes ao período do plano) contemplam a atenção à saúde aos portadores de doenças crônicas; e as ações e metas contempladas nesses documentos são coerentes com o que é preconizado para a implantação dessa RAS.
		Formalização do setor responsável pela RAS ao portador de doenças crônicas	Observação direta + Entrevista com o(a) coordenador(a) da Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas na esfera central (Apêndice B)	Existe um setor específico para a Coordenação de Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas no organograma da esfera central da SMS, e o funcionamento de um setor específico para a RAS aos portadores de doenças crônicas.
	Atributos dos gestores	Perfil dos gestores relacionados ao funcionamento da RAS ao portador de doenças crônicas	Entrevista com o responsável pela vigilância epidemiológica no DS (Apêndice A), coordenador(a) da Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas na esfera central (Apêndice B) e com responsável pelo Sistema de Regulação na esfera central (Apêndice C).	Gestores possuem formação na área de saúde pública/ epidemiologia e experiência nas suas áreas de atuação (vigilância epidemiológica, atenção à saúde e regulação) de, pelo menos, um ano; Além disso, os entrevistados se relacionam bem com seus superiores, assim como com os seus subordinados (técnicos) e parceiros de outras áreas técnicas, e, ainda, envolvem esses parceiros no desenvolvimento das ações de Atenção à Saúde de portadores de doenças crônicas/DM;
	Atributos do ambiente	Existência de uma Coordenação da RAS aos portadores de doenças crônicas	Observação direta	Existe um setor específico para a RAS aos portadores de doenças crônicas no âmbito central da SMS.
		Permanência de gestores e de técnicos relacionados à Atenção à Saúde de portadores de doenças crônicas e sua RAS	Entrevista com o responsável pela vigilância epidemiológica no DS (Apêndice A), coordenador(a) da Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas no âmbito central (Apêndice B).	Não há troca frequente (pelo menos 2 anos) do responsável pela vigilância epidemiológica no DS, do coordenador da Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas no âmbito central da SMS.
		Condições de trabalho da Coord. da AS aos portadores de doenças crônicas	Observação direta	As condições do ambiente de trabalho dos gestores e técnicos relacionados à Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas / DM no âmbito central favorecem o bom desempenho de suas atividades (sala climatizada e iluminada; equipamentos em quantidade suficiente, bem conservados e funcionando).

Fonte: elaborado pela autora.

Apêndice D - Questionário Atenção Primária à Saúde

QUESTIONÁRIO UNIDADES SAÚDE DA FAMÍLIA

Instrumento para avaliação da implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no município de Recife-PE.

1ª PARTE – IDENTIFICAÇÃO E CONTEXTO

Dados Gerais

- 1) Data da entrevista: ___/___/___
- 2) Entrevistado: Médico Enfermeiro
- 3) Há quanto trabalha com pacientes diabéticos? _____
- 4) Há quanto tempo trabalha neste serviço? _____
- 5) Há quanto tempo trabalha na ESF? _____
- 6) Há quanto tempo trabalha nesta USF? _____

Caracterização

- 7) Nome do Serviço: _____
- 8) Data da implantação do serviço: _____
- 9) A equipe está completa (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS, quando for o caso)?
Sim Não
- 9.1) Em caso negativo, o que falta? _____
- 10) Número de pacientes diabéticos cadastrados? _____
- 11) Número de pacientes diabéticos acompanhados? _____

2ª PARTE – AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

12) A equipe dispõe de material para cadastro de TODOS os pacientes diabéticos?

Sim Não

12.1) Em caso afirmativo, qual (ais):

- Ficha A
- Ficha B-DIA
- Computador com internet para acesso ao SIAB, SIS-HIPERDIA
- Cartão SUS
- Prontuário papel para todos pacientes diabéticos
- Prontuário eletrônico para todos os pacientes diabéticos

13) A equipe dispõe de equipamentos e insumos para o atendimento do paciente diabético?

Glicosímetro: Sim Não

Fitas reagentes para medição da glicemia capilar: Sim Não

Monofilamento de nylon para exame de sensibilidade: Sim Não

Balança antropométrica: Sim Não

Estetoscópio: Sim Não

Tensiômetro: Sim Não

Manguitos em diferentes tamanhos: Sim Não

14) A equipe dispõe de material para estratificar DM por risco?

- Protocolos para estratificação por risco
- Outros: _____

15) A equipe realizou capacitação/atualização específica para o cuidado ao paciente com DM?

Médico: Sim Não

Enfermeiro: Sim Não

Auxiliar de enfermagem: Sim Não

ACS: Sim Não NA

16) Sente necessidade de capacitação neste tema?

Sim Não

17) Possui especialização em Saúde Pública/Saúde da Família?

Sim Não

18) Realizou introdutório ao PSF?

Sim Não

19) Possui especialização relacionada à sua atuação junto ao DM?

Sim Não

20) A equipe dispõe de diretrizes clínicas ao portador de DM?

Sim Não

20.1) 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: _____

21) A equipe dispõe de fluxo de atendimento/linhas de cuidado ao portador de DM?

Sim Não

21.1) 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: _____

22) A equipe possui referência para a clínica especializada?

Sim Não

22.1) Em caso afirmativo, para qual (ais) profissional (ais):

- Cardiologia
- Neurologia
- Oftalmologia
- Nutrição
- Psicologia
- Endocrinologia
- Angiologia
- Nefrologia
- Outro: _____

23) A equipe possui referência para alguma unidade hospitalar?

Sim Não

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

24) A equipe possui cota para realização de exames?

Sim Não

24.1) Em caso afirmativo:

Glicemia de jejum:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Teste Oral de Tolerância à Glicose:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Glicemia casual:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Hemoglobina glicada:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Colesterol total, HDL:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Triglicerídeos:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Creatinina sérica:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Exame de urina:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Microalbuminúria:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
ECG:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

24.2) A quantidade de exames disponibilizados é suficiente para atender a demanda?

Sim Não

24.3) O resultado dos exames chega em tempo oportuno?

Sim Não

25) Possui consultórios em quantidade suficiente para atender os pacientes?

Sim Não

26) Dispõe de medicação para os pacientes portadores de DM?

Sim Não

Metformina: Sim Não

Glibenclamida: Sim Não

Glicazida: Sim Não

Insulina de ação rápida (Regular): Sim Não

Insulina de ação intermediária (NPH): Sim Não

26.1) Em caso afirmativo, essa medicação é em quantidade suficiente?

Sim Não

26.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

- Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do período sem medicamentos
- Acabam na metade do período
- Acabam próximo ao final do período
- NA

27) Dispõe de cotas em quantidade suficiente para encaminhar pacientes portadores de DM para realização de práticas integrativas/complementares/corporais?

Sim Não

28) Dispõe de mão de obra para manter os sistemas de informação atualizados?

Sim Não

28.1) Em caso afirmativo, essa mão de obra é qualificada?

Sim Não

28.2) É em quantidade suficiente?

Sim Não

29) O município dispõe de centrais para marcação de consultas dos pacientes DM?

Sim Não

30) Essa consulta ocorre em tempo oportuno?

Cardiologia: Sim Não

Neurologia: Sim Não

Oftalmologia: Sim Não

Nutrição: Sim Não

Psicologia: Sim Não

Endocrinologia: Sim Não

Angiologia: Sim Não

Nefrologia: Sim Não

Outro: _____ Sim Não

31) Dispõe de veículos para realizar o transporte de pacientes com DM que necessitem?

Sim Não

31.1) Em caso afirmativo, esses veículos estão em quantidade suficiente para realizar esse transporte?

Sim Não

31.2) Nesse deslocamento, há o acompanhamento de uma equipe qualificada junto ao paciente?

Sim Não

32) Dispõe de material educativo/informativo para realização de palestras/ campanhas acerca de hábitos de vida saudáveis?

Sim Não

33) Dispõe de local adequado para realização de atividades educativas/informativas?

Sim Não

33.1) Em caso negativo, por quê?

- Espaço pequeno:
- Espaço pouco iluminado:
- Espaço pouco ventilado:
- Outro: _____

34) Dispõe de apoio matricial (de outros trabalhadores da rede, especialistas, NASF, CAPS...)?

Sim Não

34.1) Em caso afirmativo, esse apoio matricial ocorre com a frequência que se necessita?

- Sempre
- Às vezes
- Raramente
- Quase nunca
- Nunca

3ª PARTE – AVALIAÇÃO DO PROCESSO

35) A equipe cadastra todos pacientes portadores de DM em prontuários clínicos?

Sim Não

35.1) Em caso afirmativo, esse registro é:

- Manual
- Eletrônico

36) A equipe cadastra informações sobre os pacientes DM no SIS-HIPERDIA?

Sim Não

36.1) Em caso afirmativo, a equipe cadastra:

- Apenas informações obrigatórias
- Informações obrigatórias + algumas opcionais
- Cadastro completo

36.2) Qual a frequência que a equipe atualiza o SIS-HIPERDIA?

- Mensal
- Bimensal
- Trimestral
- Semestral
- Não tem regularidade

37) A equipe cadastra informações sobre os pacientes DM no SIAB?

Sim Não

37.1) Em caso afirmativo, a equipe cadastra:

- Apenas informações obrigatórias
- Informações obrigatórias + algumas opcionais
- Cadastro completo

37.2) Qual a frequência que a equipe atualiza o SIAB?

- Mensal
- Bimensal
- Trimestral
- Semestral
- Não tem regularidade

38) A equipe estratifica a população de diabéticos por risco?

Sim Não

39) A equipe realiza busca ativa de possíveis portadores de DM/ Rastreamento (com o uso de glicemia capilar)?

Sim Não

39.1) Em caso afirmativo, qual(ais) critério(s) utilizado(s)?

- Aleatoriamente
- Idade > 45 anos
- IMC > 25 / Sobrepeso
- Obesidade central (Cintura abdominal: > 102 em homens;> 88 em mulheres)
- Antecedente familiar de DM
- HAS (PA > 140/90 mmHg)
- Colesterol HDL < 35 mg/dL
- Triglicerídeos > 150 mg/ dL
- História de macrossomia / diabetes gestacional
- Síndrome ovário policístico
- Doença cardiovascular
- Doença cerebrovascular
- Doença vascular periférica
- Outro. _____

40) A equipe realiza campanha para detecção precoce do DM?

Sim Não

40.1) Verifica PA de indivíduos da demanda espontânea da USF?

Sim Não

40.2) Verifica IMC de indivíduos da demanda espontânea da USF?

Sim Não

40.3) Verifica circunferência abdominal de indivíduos da demanda espontânea da USF?

Sim Não

41) A equipe segue um fluxo de atendimento ao paciente portador de DM?

Sim Não

42) A equipe segue um protocolo de atendimento ao paciente portador de DM?

Sim Não

43) A equipe realiza atendimento prioritário aos casos de agudização de DM?

Sim Não

44) A equipe realiza diagnóstico do DM?

Sim Não

44.1) Em caso afirmativo, qual critério utilizado? _____

45) A equipe realiza acompanhamento ambulatorial dos pacientes diabéticos?

Sim Não

45.1) Em caso afirmativo, com qual frequência:

45.1.1) Indivíduos controlados e sem lesões em órgãos alvo são consultados?

- Mensal
- Trimestral
- Semestral
- Não tem regularidade
- Outra: _____

45.1.2) Indivíduos com a glicemia controlada, mas portador de lesões em órgão alvo (cérebro, coração, rins, olhos, pé diabético) ou co-morbidades são consultados?

- Mensal
- Trimestral
- Semestral
- Não tem regularidade
- Outra: _____

45.1.3) Indivíduos não aderentes ao tratamento ou de difícil controle?

- Mensal
- Trimestral
- Semestral
- Não tem regularidade
- Outra: _____

46) Durante a consulta é realizado (a):

Exame físico dos pés:

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

Teste de sensibilidade dos pés:

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

Pressão arterial:

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

Glicemia capilar:

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

Peso:

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

46.1) Caso algo não seja realizado, justifique: _____

47) A equipe realiza grupo de educação para os diabéticos acompanhados?

Sim Não

47.1) Em caso afirmativo, qual a frequência das reuniões dos grupos?

Semanal
 Quinzenal
 Mensal
 Trimestral
 Outra: _____

47.2) São realizadas medidas de glicemia nos grupos?

Sim, com todos
 Sim, mas não com todos
 Não

47.3) São realizadas medidas de PA nos grupos?

- Sim, com todos
 Sim, mas não com todos
 Não

48) A equipe encaminha os pacientes portadores de DM mais complexos para serviço especializado?

Sim Não

49) Os profissionais têm capacitações acerca da atenção integral ao paciente diabético?

Sim Não

49.1) Em caso afirmativo, qual a frequência?

- Mensal
 Bimensal
 Trimestral
 Semestral
 Não tem regularidade

50) Encaminha pacientes para práticas integrativas/complementares/corporais?

Sim Não

50.1) Em caso afirmativo, para qual(ais) prática(s) se costuma encaminhar? _____

51) A equipe realiza projetos intersetoriais para melhorar as condições de saúde da população adstrita?

Sim Não

51.1) Em caso afirmativo, esse(s) projeto(s) contemplam a população de diabéticos?

Sim Não

52) A equipe realiza atividades de prevenção ao DM?

Sim Não

52.1) Em caso afirmativo, de que maneira:

- Campanha.
- Palestra.
- Durante a consulta.
- Grupo.
- Outro. Especificar: _____

52.2) Com que frequência:

- Semanal
- Quinzenal
- Mensal
- Outro: _____

53) A equipe estimula a adoção de hábitos de vida saudáveis?

Sim Não

53.1) Em caso afirmativo, de que maneira:

- Campanha.
- Palestra.
- Durante a consulta.
- Grupo.
- Outro. Especificar: _____

53.2) Com que frequência:

- Semanal.
- Quinzenal.
- Mensal.
- Outro: _____

54) A equipe realiza atividades de enfrentamento ao tabagismo/uso excessivo de álcool?

Sim Não

54.1) Em caso afirmativo, de que maneira:

- Campanha.
- Palestra.
- Durante a consulta.
- Grupo.
- Outro. Especificar: _____

54.2) Com que frequência:

- Semanal.
- Quinzenal.
- Mensal.
- Outro: _____

55) A equipe desenvolve o autocuidado apoiado aos pacientes diabéticos?

Sim Não

O autocuidado apoiado significa uma colaboração estreita entre a equipe e o usuário, os quais trabalham em CONJUNTO para definir o problema, estabelecer metas, monitorar, instituir planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo.

56) A equipe estabelece o nível de atenção em que os diabéticos devem ser atendidos?

Sim Não

57) A equipe realiza encaminhamento dos pacientes que necessitam de acompanhamento especializado (ambulatório/hospitalar)?

Sim Não

58) Os pacientes diabéticos que são acompanhados em outros serviços (maior complexidade) também são acompanhados pela USF?

Sim Não

58.1) Em caso afirmativo:

- Sempre.
- Às vezes.
- Raramente.
- Quase nunca.
- Nunca.

58.2) Nessas situações, existe a comunicação da situação de saúde do usuário entre a ABS e a atenção especializada?

- Sempre.
- Às vezes.
- Raramente.
- Quase nunca.
- Nunca.

59) Quando necessário, a equipe realiza discussão de caso clínico de paciente diabético?

Sim Não

60) Quando necessário, a equipe realiza PTS de paciente diabético?

Sim Não

61) A equipe utiliza-se das informações fornecidas pelo SIAB e SIS-HIPERDIA para planejamento de suas ações?

Sim Não

Apêndice E - Questionário Atenção Especializada - Ambulatorial

QUESTIONÁRIO AMBULATORIO ESPECIALIZADO

Instrumento para avaliação da implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no município de Recife-PE - Atenção Especializada - **Ambulatorial Especializado**

1ª PARTE – IDENTIFICAÇÃO E CONTEXTO

Dados Gerais

12) Data da entrevista: ___/___/___

13) Entrevistado: Médico Enfermeiro

14) Há quanto trabalha com pacientes diabéticos? _____

15) Há quanto tempo trabalha neste serviço? _____

Possui especialização em Saúde Pública/Saúde da Família? Sim Não

Possui especialização relacionada à sua atuação junto ao DM? Sim Não

Caracterização

1) Nome do Serviço: _____

2) Data da implantação do serviço: _____

3) Contato telefônico: _____

4) Número de pacientes diabéticos cadastrados? _____

5) Número de pacientes diabéticos acompanhados? _____

Comentário: _____

2ª PARTE – AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

1) Possui consultórios em quantidade suficiente para atender os pacientes (01 para médico / 01 para enfermeiro)?

Sim

Não

2) Dispõe de local adequado para realização de atividades educativas/informativas?

Sim Não

Escala (Adequado): _____

2.1) Em caso negativo, por quê?

- Espaço pequeno
 Espaço pouco iluminado
 Espaço pouco ventilado
 Outro: _____

3) A equipe dispõe de material para cadastro de pacientes diabéticos em quantidade suficiente?

Sim Não

Escala (Qtde suficiente): _____

4.1) Em caso afirmativo, qual (ais):

- Computador
 Cartão SUS
 Prontuário papel para todos pacientes diabéticos
 Prontuário eletrônico para todos os pacientes diabéticos

4) A equipe dispõe de equipamentos e insumos para o atendimento do paciente diabético?

01 Glicosímetro. Sim Não

Fitas reagentes para medição da glicemia capilar. Sim Não

Escala (Qtde suficiente): _____

01 Monofilamento de nylon para exame de sensibilidade/Estesiômetro

Sim Não

01 Balança antropométrica Sim Não

01 Estetoscópio Sim Não

Tensiômetro com 07 manguitos em diferentes tamanhos (RN, Lactente, Criança, Adulto Magro, Adulto magro, Adulto regular, Obeso, coxa)

Sim Não

5) Dispõe de material educativo/informativo para realização de palestras/ campanhas acerca de hábitos de vida saudáveis? *Observação direta*

Sim

Não

6) Dispõe de medicação para controle de DM?

Metformina.

Sim

Não

Glibenclamida.

Sim

Não

Glicazida.

Sim

Não

Insulina de ação rápida (Regular).

Sim

Não

Insulina de ação intermediária (NPH).

Sim

Não

Fitoterápicos/Homeopatia/Plantas Medicinais.

Sim

Não

7.1) Em caso afirmativo, qual estimativa percentual de diabéticos que recebem essa medicação? _____

7.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior. parte do período sem medicamentos.

Acabam na metade do período.

Acabam próximo ao final do período.

NA.

Comentário: _____

8) Dispõe de medicação para controle de PA?

Captopril.

Sim

Não

Furosemida.

Sim

Não

Hidroclorotiazida.

Sim

Não

Losartan.

Sim

Não

Propranolol.

Sim

Não

Anlodipino / Nifedipina.

Sim

Não

8.1) **Em caso afirmativo**, qual estimativa percentual de diabéticos que recebem essa medicação?_____

8.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do período sem medicamentos

Acabam na metade do período

Acabam próximo ao final do período

NA

Comentário:_____

7) Dispõe de medicação cardioprotetora (AAS)?

Sim

Não

9.1) Em caso afirmativo, qual estimativa percentual de diabéticos que recebem essa medicação?_____

9.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do período sem medicamentos

Acabam na metade do período

Acabam próximo ao final do período

NA

Comentário:_____

8) Dispõe de medicação para melhora do perfil lipídico (sinvastatina)?

Sim

Não

10.1) Em caso afirmativo, qual estimativa percentual de diabéticos que recebem essa medicação?_____

10.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

- Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do período sem medicamentos
- Acabam na metade do período
- Acabam próximo ao final do período
- NA

Comentário: _____

9) Dispõe de medicação para controle de neuropatias?

Carbamazepina	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Amiptrilina	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

11.1) Em caso afirmativo, qual estimativa percentual de diabéticos que recebem essa medicação? _____

11.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

- Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do período sem medicamentos
- Acabam na metade do período
- Acabam próximo ao final do período
- NA

Comentário: _____

10) Possui profissionais em quantidade suficiente para atender à demanda dos pacientes diabéticos?

Sim Não

Escala (Qtde suficiente): _____

11) A equipe realizou capacitação/atualização específica para o cuidado ao paciente com DM?

Médico.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Enfermeiro.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Auxiliar de enfermagem.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

13.1) Capacitação no cuidado ao DM, costuma ocorrer com que frequência:

- Trimestral.
- Semestral.
- Anual.
- Não tem regularidade.

12) Sente necessidade de capacitação neste tema?

Sim Não

13) A equipe dispõe de protocolo para estratificar DM por risco?

Sim Não

15.1) 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: _____

14) A equipe dispõe de diretrizes clínicas/protocolo de atendimento ao portador de DM?

Sim Não

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: _____

15) A equipe dispõe de fluxograma para atendimento do portador de DM?

Sim Não

15.1) 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: _____

16) A equipe dispõe de manual para orientar quanto à realização de exames laboratoriais?

Sim Não

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) A equipe dispõe de manual para orientar a solicitação de exames de imagem?

Sim Não

17.1) 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: _____

18) A equipe realiza interconsulta com outras especialidades?

Sim Não

18.1) Em caso afirmativo, para qual (ais) profissional (ais):

- Cardiologia.
- Neurologia.
- Oftalmologia.
- Nutrição.
- Psicologia.
- Endocrinologia.
- Angiologia.
- Nefrologia.
- Dermatologia.
- Outro: _____

20.2) Em caso afirmativo, essa quantidade é suficiente para atender à demanda?

Escala (Qtde suficiente): _____

19) Essa interconsulta ocorre em tempo oportuno?

Cardiologia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Neurologia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Oftalmologia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Nutrição	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Psicologia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Endocrinologia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Angiologia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Nefrologia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Dermatologia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Outro: _____	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

20) A equipe possui referência para alguma unidade hospitalar?

Sim Não NA

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

21) Possui referência para Serviço de Urgência (UPA/SPA)?

Sim Não NA

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

22) Possui referência para Serviço de Atenção Domiciliar?

Sim Não NA

24.1) Em caso afirmativo, qual(ais): _____;

Atende a que percentual de diabéticos (dentre os que necessitam):

23) Possui referência para prática de atividade corporal?

Sim Não NA

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

Atende a que percentual de diabéticos (dentre os que necessitam):

24) Possui referência para prática de atividades integrativas e complementares?

Sim Não NA

26.1) Em caso afirmativo, qual(ais): _____;

Atende a que percentual de diabéticos (dentre os que necessitam):

27. A equipe possui cota para realização de exames?

Sim Não

27.1) Em caso afirmativo:

Glicemia de jejum. Sim Não

Teste Oral de Tolerância à Glicose. Sim Não

Glicemia casual. Sim Não

Glicemia pós prandial. Sim Não

Hemoglobina glicada. Sim Não

Colesterol total, HDL. Sim Não

Triglicerídeos.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Creatinina sérica.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Exame de urina.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Microalbuminúria.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
ECG.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

27.2) A quantidade de exames disponibilizados é suficiente para atender a demanda?

Sim Não

Escala (Qtde suficiente): _____

27.3) O resultado dos exames chega em tempo oportuno?

Sim Não

Escala (Tempo oportuno): _____

Comentário: _____

28. A equipe possui cota para realização de exames mais complexos?

Sim Não

28.1) Em caso afirmativo:

USG Abdominal.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
USG Doppler.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Tomografia Computadorizada.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Ecocardiograma.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Cateterismo.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Teste de Esforço.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
ENMG.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

28.2) A quantidade de exames disponibilizados é suficiente para atender a demanda?

Sim Não

Escala (Qtde suficiente): _____

28.3) O resultado dos exames chega em tempo oportuno?

Sim Não

Escala (Tempo oportuno): _____

Comentário: _____

29. Dispõe de veículos para realizar o transporte de pacientes com DM que necessitem?

Sim Não

Comentário: _____

29.1) Em caso afirmativo, esses veículos estão em quantidade suficiente para realizar esse transporte?

Sim Não NA

29.2) Nesse deslocamento, há o acompanhamento de uma equipe qualificada junto ao paciente?

Sim Não NA

3ª PARTE – AVALIAÇÃO DO PROCESSO

30. A equipe registra os pacientes acompanhados em prontuários?

Sim Não

30.1) Em caso afirmativo, que percentual de diabéticos acompanhados é registrado em prontuários? _____

31. A equipe realiza o atendimento dos pacientes encaminhados pela APS?

Sim Não

31.1) Em caso afirmativo, que percentual de diabéticos encaminhados pela EPS é atendido?

32. Durante a consulta é realizado (a):

Ausculta cardíaca

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

Ausculata respiratória

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

Frequência respiratória

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

Frequência cardíaca

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

Exame de abdômen

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

Exame físico dos pés

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

Teste de sensibilidade dos pés

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

Pressão arterial

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

Circunferência abdominal

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

IMC

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

Glicemia capilar

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

Peso

Sempre Às vezes Raramente Quase nunca Nunca

Exame de fundo de olho

sempre (s vezes (aramente (quase nunca (nunca

32.1) Caso algo não seja realizado, justifique: _____

33. Com que frequência:

33.1) Indivíduos controlados e sem lesões em órgãos alvo são consultados?

- Mensal.
 Trimestral.
 Semestral.
 Não tem regularidade.
 Outra: _____

33.2) Indivíduos com a glicemia controlada, mas portador de lesões em órgão alvo (cérebro, coração, rins, olhos, pé diabético) ou co-morbidades são consultados?

- Mensal.
 Trimestral.
 Semestral.
 Não tem regularidade.
 Outra: _____

33.3) Indivíduos não aderentes ao tratamento ou de difícil controle?

- Mensal
 Trimestral
 Semestral
 Não tem regularidade
 Outra: _____

34) A equipe desenvolve o autocuidado apoiado aos pacientes diabéticos?

Sim Não

O autocuidado apoiado significa uma colaboração estreita entre a equipe e o usuário, os quais trabalham em CONJUNTO para definir o problema, estabelecer metas, monitorar, instituir planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo.

34.1) Em caso afirmativo, que percentual? _____

35) A equipe realiza atendimento prioritário aos casos de agudização de DM?

Sim Não

35.1) Em caso afirmativo, que percentual? _____

36) Quanto à realização de exames laboratoriais, estime um Percentual de diabéticos que realizam exames laboratoriais para controle da doença e suas complicações:

Comentários: _____

37) Quanto à dispensação de medicamentos, estime um percentual de diabéticos que têm medicamentos dispensados: _____

Comentários: _____

38. Quando necessário, a equipe realiza discussão de caso clínico de paciente diabético?

Sim Não

38.1) Em caso afirmativo, estime um percentual (dentre os que necessitam): _____

Comentários: _____

39. Quando necessário, o paciente dispõe de serviço de reabilitação no serviço?

Sim Não

39.1) Em caso afirmativo, estime um percentual (dentre os que necessitam): _____

Comentários: _____

40. A equipe realiza grupo de educação para os diabéticos acompanhados?

Sim

Não

40.1) Em caso afirmativo, qual a frequência das reuniões?

Semanal

Quinzenal

Mensal

Trimestral

Outra: _____

40.2) São realizadas medidas de glicemia?

Sim, com todos

Sim, mas não com todos

Não

40.3) São realizadas medidas de PA?

Sim, com todos

Sim, mas não com todos

Não

41. A equipe realiza encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção quando há indicação?

Sim

Não

41.1) Em caso afirmativo, estime um percentual de encaminhamento (dentre os caso necessários): _____

41.2) Nessas situações existe a comunicação da situação de saúde do usuário entre esse serviço e o serviço para o qual o paciente foi encaminhado?

- Sempre
- Às vezes
- Raramente
- Quase nunca
- Nunca

Apêndice F - Questionário Atenção Especializada - Hospitalar

QUESTIONÁRIO HOSPITAL

Instrumento para avaliação da implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no município de Recife-PE - Atenção Especializada - **Hospitalar**

1ª PARTE – IDENTIFICAÇÃO E CONTEXTO

Dados Gerais

01) Data da entrevista: ___/___/___

02) Entrevistado: Médico Enfermeiro

03) Há quanto trabalha com pacientes diabéticos? _____

04) Há quanto tempo trabalha neste serviço? _____

05) Possui especialização em Saúde Pública/Saúde da Família? Sim Não

06) Possui especialização relacionada à sua atuação junto ao DM? Sim Não

Caracterização

7) Nome do Serviço: _____

8) Data da implantação do serviço: _____

9) Contato telefônico: _____

10) Número de pacientes diabéticos cadastrados? _____

11) Número de pacientes diabéticos acompanhados? _____

Comentário: _____

2ª PARTE – AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

12) Possui leitos em quantidade suficiente para atender a demanda?

Sim Não

Escala (Suficiente): _____

13) A equipe dispõe de material para registro de pacientes diabéticos em quantidade suficiente?

Sim Não

Escala (Qtde suficiente): _____

13.1) Em caso afirmativo, qual (ais):

- Computador.
 Cartão SUS.
 Prontuário papel para todos pacientes diabéticos.
 Prontuário eletrônico para todos os pacientes diabéticos.

14) A equipe dispõe de equipamentos e insumos para o atendimento do paciente diabético?

01 Glicosímetro. Sim Não

Fitas reagentes para medição da glicemia capilar. Sim Não

Escala (Qtde suficiente): _____

01 Monofilamento de nylon para exame de sensibilidade/Estesiômetro.

Sim Não

01 Balança antropométrica. Sim Não

01 Estetoscópio. Sim Não

Tensiômetro com 07 manguitos em diferentes tamanhos (*RN, Lactente, Criança, Adulto Magro, Adulto magro, Adulto regular, Obeso, coxa*).

Sim Não

15) Dispõe de medicação para controle de DM?

Metformina. Sim Não

Glibenclamida. Sim Não

Glicazida. Sim Não

Insulina de ação rápida (Regular). Sim Não

Insulina de ação intermediária (NPH). Sim Não

Fitoterápicos/Homeopatia/Plantas Medicinais. Sim Não

15.1) Em caso afirmativo, qual percentual de diabéticos que recebem essa medicação?

15.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

- Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do período sem medicamentos
- Acabam na metade do período
- Acabam próximo ao final do período
- NA
- Comentário: _____

16) Dispõe de medicação para controle de PA?

Captopril.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Furosemida.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Hidroclorotiazida.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Losartan.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Propranolol.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Anlodipino / Nifedipina.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

16.1) Em caso afirmativo, qual percentual de diabéticos que recebem essa medicação? _____

16.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

- Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do período sem medicamentos
- Acabam na metade do período
- Acabam próximo ao final do período
- NA
- Comentário: _____

17) Dispõe de medicação cardioprotetora (AAS)? Sim Não

17.1) Em caso afirmativo, qual percentual de diabéticos que recebem essa medicação? _____

17.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

- Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do período sem medicamentos
- Acabam na metade do período
- Acabam próximo ao final do período
- NA
- Comentário: _____

18) Dispõe de medicação para melhora do perfil lipídico (sinvastatina)?

Sim Não

18.1) Em caso afirmativo, qual percentual de diabéticos que recebem essa medicação? _____

18.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

- Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do período sem medicamentos
- Acabam na metade do período
- Acabam próximo ao final do período
- NA
- Comentário: _____

19) Dispõe de medicação para controle de neuropatias?

Carbamazepina. Sim Não

Amiprilina. Sim Não

19.1) Em caso afirmativo, qual percentual de diabéticos que recebem essa medicação? _____

19.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

- Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do período sem medicamentos
- Acabam na metade do período
- Acabam próximo ao final do período
- NA
- Comentário: _____

20) Possui profissionais em quantidade suficiente para atender à demanda dos pacientes diabéticos?

Sim Não

Escala (Qtde suficiente): _____

21) A equipe realizou capacitação/atualização específica para o cuidado ao paciente com DM?

Médico.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Enfermeiro.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Auxiliar de enfermagem.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

21.1) Capacitação no cuidado ao DM, costuma ocorrer com que frequência:

- Trimestral.
- Semestral.
- Anual.
- Não tem regularidade

22) Sente necessidade de capacitação neste tema?

Sim Não

23) A equipe dispõe de protocolo para estratificar DM por risco?

Sim Não

23.1) 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: _____

24) A equipe dispõe de diretrizes clínicas/protocolo de atendimento ao portador de DM?

Sim Não

24.1) 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: _____

25) A equipe dispõe de fluxograma para atendimento do portador de DM?

Sim Não

25.1) 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: _____

26) A equipe dispõe de manual para orientar quanto à realização de exames laboratoriais?

Sim Não

26.1) 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: _____

27) A equipe dispõe de manual para orientar a solicitação de exames de imagem?

Sim Não

27.1) 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: _____

28) A equipe realiza interconsulta com outras especialidades?

Sim Não

28.1) Em caso afirmativo, para qual (ais) profissional (ais):

- Cardiologia.
- Neurologia.
- Oftalmologia.
- Nutrição.
- Psicologia.
- Endocrinologia.
- Angiologia.
- Nefrologia.
- Dermatologia.
- Outro: _____

28.2) Em caso afirmativo, essa quantidade é suficiente para atender à demanda?

Escala (Qtde suficiente): _____

28.3) Estime um percentual de pacientes que tem a interconsulta realizada (dentre os que necessitam): _____

Comentários: _____

29) Essa interconsulta ocorre em tempo oportuno?

Cardiologia.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Neurologia.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Oftalmologia.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Nutrição.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Psicologia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Endocrinologia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Angiologia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Nefrologia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Dermatologia	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Outro: _____	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

30) Possui referência para Serviço de Atendimento Domiciliar?

Sim Não NA

30.1) Em caso afirmativo, qual(ais): _____;

Atende a que percentual de diabéticos (dentre os que necessitam):

31) Possui referência para prática de atividade corporal?

Sim Não NA

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

Atende a que percentual de diabéticos (dentre os que necessitam):

32) Possui referência para prática de atividades integrativas e complementares?

Sim Não NA

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

Atende a que percentual de diabéticos (dentre os que necessitam):

33. A equipe possui cota para realização de exames?

Sim

Não

33.1) Em caso afirmativo:

Glicemia de jejum.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Teste Oral de Tolerância à Glicose.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Glicemia casual.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Glicemia pós pandrial.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Hemoglobina glicada.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Colesterol total, HDL.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Triglicerídeos.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Creatinina sérica.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Exame de urina.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Microalbuminúria.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
ECG.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

33.2) A quantidade de exames disponibilizados é suficiente para atender a demanda?

Sim

Não

Escala (Qtde suficiente): _____

33.3) Estime um Percentual de diabéticos que realizam exames laboratoriais para controle da doença e suas complicações: _____

Comentários: _____

33.4) O resultado dos exames chega em tempo oportuno?

Sim

Não

Escala (Tempo oportuno): _____

Comentário: _____

34. A equipe possui cota para realização de exames mais complexos?

Sim

Não

34.1) Em caso afirmativo:

USG Abdominal.

Sim

Não

USG Doppler.

Sim

Não

Tomografia Computadorizada.

Sim

Não

Ecocardiograma.

Sim

Não

Cateterismo.

Sim

Não

Teste de Esforço.

Sim

Não

ENMG.

Sim

Não

34.2) A quantidade de exames disponibilizados é suficiente para atender a demanda?

Sim

Não

Escala (Qtde suficiente): _____

34.3) Estime um Percentual de diabéticos que realizam exames mais complexos para controle da doença e suas complicações: _____

Comentários: _____

34.3) O resultado dos exames chega em tempo oportuno?

Sim

Não

Escala (Tempo oportuno): _____

Comentário: _____

35. Dispõe de veículos para realizar o transporte de pacientes com DM que necessitem?

Sim

Não

Comentário: _____

35.1) Em caso afirmativo, esses veículos estão em quantidade suficiente para realizar esse transporte?

Sim

Não

NA

35.2) Nesse deslocamento, há o acompanhamento de uma equipe qualificada junto ao paciente?

Sim

Não

NA

3ª PARTE – AVALIAÇÃO DO PROCESSO

36. A equipe realiza internamento dos diabéticos que necessitam?

Sim

Não

36.1) Em caso afirmativo, que percentual de diabéticos que necessitam são internados?

37) A equipe desenvolve o autocuidado apoiado aos pacientes diabéticos?

Sim

Não

O autocuidado apoiado significa uma colaboração estreita entre a equipe e o usuário, os quais trabalham em CONJUNTO para definir o problema, estabelecer metas, monitorar, instituir planos de cuidado e resolver os problemas que apareçam ao longo do processo.

37.1) Em caso afirmativo, que percentual? _____

38) Quando necessário, a equipe realiza discussão de caso clínico de paciente diabético?

Sim

Não

38.1) **Em caso afirmativo**, estime um percentual (dentre os que necessitam): _____

Comentários: _____

39) A equipe realiza atendimento prioritário aos casos de agudização de DM?

Sim

Não

39.1) **Em caso afirmativo**, que percentual (dentre os que necessitam)? _____

40) A equipe disponibiliza intervenções cirúrgicas aos pacientes diabéticos quando há indicação?

Sim Não

40.1) Em caso afirmativo, que percentual (dentre os que necessitam)? _____

41) A equipe interna paciente diabético em Terapia Intensiva quando há indicação?

Sim Não

41.1) Em caso afirmativo, que percentual (dentre os que necessitam)? _____

42) A equipe administra medicações / outros insumos quando há indicação?

Sim Não

42.1) Em caso afirmativo, que percentual (dentre os que necessitam)? _____

43. A equipe realiza encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção quando há indicação?

Sim Não

43.1) Em caso afirmativo, estime um percentual de encaminhamento (dentre os caso necessários): _____

43.2) Nessas situações existe a comunicação da situação de saúde do usuário entre esse serviço e o serviço para o qual o paciente foi encaminhado?

- Sempre
- Às vezes
- Raramente
- Quase nunca
- Nunca

Apêndice G - Questionário Atenção Especializada - Urgência e Emergência

QUESTIONÁRIO URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Instrumento para avaliação da implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no município de Recife-PE - Atenção Especializada - **Urgência e Emergência**

1ª PARTE – IDENTIFICAÇÃO E CONTEXTO

Dados Gerais

- 01) Data da entrevista: ___/___/___
- 02) Entrevistado: Médico Enfermeiro
- 03) Há quanto trabalha com pacientes diabéticos? _____
- 04) Há quanto tempo trabalha neste serviço? _____
- 05) Possui especialização em Saúde Pública/Saúde da Família? Sim Não
- 06) Possui especialização relacionada à sua atuação junto ao DM? Sim Não

Caracterização

- 07) Nome do Serviço: _____
- 08) Data da implantação do serviço: _____
- 09) Contato telefônico: _____
- 10) Número de pacientes diabéticos cadastrados? _____
- 11) Número de pacientes diabéticos acompanhados? _____
- Comentário: _____
- _____

2ª PARTE – AVALIAÇÃO DA ESTRUTURA

- 12) Possui consultórios em quantidade suficiente para atender os pacientes (01 para médico / 01 para enfermeiro)?
- Sim Não

13) Possui leitos em quantidade suficiente para atender a demanda?

Sim Não

Escala (Suficiente): _____

14) A equipe dispõe de material para cadastro de pacientes diabéticos em quantidade suficiente?

Sim Não

Escala (Qtde suficiente): _____

15) Em caso afirmativo, qual (ais):

- Computador .
- Cartão SUS.
- Prontuário papel para todos pacientes diabéticos.
- Prontuário eletrônico para todos os pacientes diabéticos.

16) Dispõe de medicação para controle de DM?

Metformina:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Glibenclamida:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Glicazida :	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Insulina de ação rápida (Regular):	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Insulina de ação intermediária (NPH):	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Fitoterápicos/Homeopatia/Plantas Medicinais:	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

16.1) Em caso afirmativo, qual percentual de diabéticos que recebem essa medicação?

16.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

- Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do período sem medicamentos
- Acabam na metade do período
- Acabam próximo ao final do período
- NA

Comentário: _____

17) Dispõe de medicação para controle de PA?

Captopril.	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Furosemida.	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Hidroclorotiazida.	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Losartan.	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Propranolol.	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>
Anlodipino / Nifedipina.	Sim	<input type="checkbox"/>	Não	<input type="checkbox"/>

17.1) Em caso afirmativo, qual percentual de diabéticos que recebem essa medicação?

17.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

- Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do período sem medicamentos
- Acabam na metade do período
- Acabam próximo ao final do período
- NA

Comentário: _____

18) Dispõe de medicação cardioprotetora (AAS)? Sim Não

18.1) Em caso afirmativo, qual percentual de diabéticos que recebem essa medicação?

18.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

- Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do período sem medicamentos
- Acabam na metade do período
- Acabam próximo ao final do período
- NA

Comentário: _____

19) Dispõe de medicação para melhora do perfil lipídico (sinvastatina)?

Sim Não

19.1) Em caso afirmativo, qual percentual de diabéticos que recebem essa medicação? _____

19.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

- Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do período sem medicamentos
- Acabam na metade do período
- Acabam próximo ao final do período
- NA

Comentário: _____

20) Dispõe de medicação para controle de neuropatias?

Carbamazepina. Sim Não

Amiptrilina. Sim Não

20.1) Em caso afirmativo, qual percentual de diabéticos que recebem essa medicação?

20.2) Se a medicação não for em quantidade suficiente, com que intensidade os medicamentos faltaram nos últimos seis meses?

- Os medicamentos acabam logo no início do período, ficando a maior parte do período sem medicamentos
- Acabam na metade do período
- Acabam próximo ao final do período
- NA

Comentário: _____

21) Possui profissionais em quantidade suficiente para atender à demanda dos pacientes diabéticos?

Sim Não

Escala (Qtde suficiente): _____

Em caso negativo, que quantidade seria ideal (cálculo): _____

22) A equipe realizou capacitação/atualização específica para o cuidado ao paciente com DM?

Médico.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Enfermeiro.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Auxiliar de enfermagem.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

22.1) Capacitação no cuidado ao DM, costuma ocorrer com que frequência:

- Trimestral.
 Semestral.
 Anual.
 Não tem regularidade .

23) Sente necessidade de capacitação neste tema?

Sim Não

24) A equipe dispõe de protocolo para estratificar DM por risco?

Sim Não

24.1) 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: _____

25) A equipe dispõe de diretrizes clínicas/protocolo de atendimento ao portador de DM?

Sim Não

25.1) 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: _____

26) A equipe dispõe de fluxograma para atendimento do portador de DM?

Sim Não

26.1) 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: _____

27) A equipe dispõe de manual para orientar quanto à realização de exames laboratoriais?

Sim Não

27.1) 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: _____

28) A equipe dispõe de manual para orientar a solicitação de exames de imagem?

Sim Não

28.1) 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: _____

29) A equipe possui referência para alguma unidade hospitalar?

Sim Não NA

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

30) Possui referência para Serviço de Atendimento Domiciliar?

Sim Não NA

30.1) Em caso afirmativo, qual(ais): _____;

Atende a que percentual de diabéticos (dentre os que necessitam): _____

31) Possui referência para prática de atividade corporal?

Sim Não NA

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

Atende a que percentual de diabéticos (dentre os que necessitam): _____

32) Possui referência para prática de atividades integrativas e complementares?

Sim Não NA

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

Atende a que percentual de diabéticos (dentre os que necessitam): _____

33) A equipe possui cota para realização de exames?

Sim Não

33.1) Em caso afirmativo:

Glicemia de jejum.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Teste Oral de Tolerância à Glicose.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Glicemia casual.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Glicemia pós pandrial.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Hemoglobina glicada .	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Colesterol total, HDL.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Triglicerídeos.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Creatinina sérica.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Exame de urina.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Microalbuminúria.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
ECG.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

33.2) A quantidade de exames disponibilizados é suficiente para atender a demanda?

Sim Não

Escala (Qtde suficiente): _____

33.3) Estime um Percentual de diabéticos que realizam exames laboratoriais para controle da doença e suas complicações: _____

Comentários: _____

33.4) O resultado dos exames chega em tempo oportuno?

Sim Não

Escala (Tempo oportuno): _____

Comentário: _____

34. A equipe possui cota para realização de exames mais complexos?

Sim Não

34.1) Em caso afirmativo:

USG Abdominal.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
USG Doppler.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Tomografia Computadorizada.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Ecocardiograma.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Cateterismo.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Teste de Esforço.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
ENMG.	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

34.2) A quantidade de exames disponibilizados é suficiente para atender a demanda?

Sim Não

Escala (Qtde suficiente): _____

34.3) Estime um Percentual de diabéticos que realizam exames mais complexos para controle da doença e suas complicações: _____

Comentários: _____

34.4) O resultado dos exames chega em tempo oportuno?

Sim Não

Escala (Tempo oportuno): _____

Comentário: _____

35. Dispõe de veículos para realizar o transporte de pacientes com DM que necessitem?

Sim Não

Comentário: _____

35.1) Em caso afirmativo, esses veículos estão em quantidade suficiente para realizar esse transporte?

Sim Não NA

35.2) Nesse deslocamento, há o acompanhamento de uma equipe qualificada junto ao paciente?

Sim Não NA

3ª PARTE – AVALIAÇÃO DO PROCESSO

36. A equipe utiliza a classificação por risco?

Sim Não

36.1) Em caso afirmativo, que percentual? _____

37. A equipe realiza atendimento prioritário aos casos de agudização de DM?

Sim Não

37.1) Em caso afirmativo, que percentual (dentre os que necessitam)? _____

38) A equipe realiza consulta aos pacientes diabéticos que buscam o serviço (ou são encaminhados)?

Sim Não

38.1) **Em caso afirmativo**, que percentual (dentre os que necessitam)? _____

39) A equipe realiza internamento dos diabéticos que necessitam?

Sim Não

39.1) Em caso afirmativo, que percentual de diabéticos que necessitam são internados?

40) A equipe interna paciente diabético em Terapia Intensiva quando há indicação?

Sim Não

40.1) Em caso afirmativo, que percentual (dentre os que necessitam)? _____

41) A equipe administra medicações / outros insumos quando há indicação?

Sim Não

41.1) Em caso afirmativo, que percentual (dentre os que necessitam)? _____

42. A equipe realiza encaminhamento dos pacientes para outros níveis de atenção quando há indicação?

Sim Não

42.1) Em caso afirmativo, estime um percentual de encaminhamento (dentre os caso necessários): _____

42.2) Nessas situações existe a comunicação da situação de saúde do usuário entre esse serviço e o serviço para o qual o paciente foi encaminhado?

- Sempre
- Às vezes
- Raramente
- Quase nunca
- Nunca

Apêndice H - Questionário Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

QUESTIONÁRIO NASF

Instrumento para avaliação da implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no município de Recife-PE - Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - Núcleos de Apoio a Saúde da Família

1ª PARTE – IDENTIFICAÇÃO E CONTEXTO

Dados Gerais

- 01) Data da entrevista: ___/___/___
- 02) Entrevistado (Função): _____
- 03) Há quanto trabalha com pacientes diabéticos? _____
- 04) Há quanto tempo trabalha neste NASF? _____
- 05) Há quanto tempo trabalha junto a ESF? _____
- 06) Possui especialização em Saúde Pública/Saúde da Família? Sim Não
- 07) Realizou curso introdutório ao NASF? Sim Não
- 08) Possui especialização relacionada à sua atuação junto ao DM? Sim Não

Caracterização

- 09) Nome do Serviço: _____
- 10) Data da implantação do serviço: _____
- 11) Contato telefônico: _____
- 12) Composição da equipe (categorias profissionais): _____
- _____
- _____
- 13) Quantidade de equipes / unidades de saúde que abrange: _____
- _____
- 14) A equipe está em tamanho suficiente para atender a demanda?
- Sim Não

Em caso negativo, o que falta?

2ª PARTE - AVALIAÇÃO DE PROCESSO

15) O NASF realiza visita domiciliar aos diabéticos indicados pela ESF?

Sim Não NA

Em caso afirmativo, que percentual de pacientes diabéticos (com dificuldade de locomoção, por exemplo) indicados pela ESF para visita do NASF tem essa visita realizada?

16) O NASF realiza suporte técnico e emocional aos cuidadores de diabéticos?

Sim Não

Em caso afirmativo, de que forma? _____

17) O NASF desenvolve atividades educativas junto à sua população adstrita?

Sim Não

Em caso afirmativo, quantas por semestre? _____

18) O NASF realiza apoio matricial junto à ESF?

Sim Não

Em caso afirmativo, de que tipo? Assistencial. Qtos por trimestre? _____

Técnico-pedagógica. Qtos por trimestre? _____

19) O NASF realiza PTS?

Sim Não

Em caso afirmativo, quantos / semestre? _____

20) O NASF realiza PST?

Sim Não

Em caso afirmativo, quantos / ano? _____

21) Existe uma gestão compartilhada entre NASF e ESF?

Sim Não

**Apêndice I - Questionário Sistema de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - Serviço de
Atenção Domiciliar**

QUESTIONÁRIO SAD

Instrumento para avaliação da implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no município de Recife-PE - Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - Serviço de Atenção Domiciliar

1ª PARTE – IDENTIFICAÇÃO E CONTEXTO

Dados Gerais

- 01) Data da entrevista: ___/___/___
- 02) Entrevistado (Função): _____
- 03) Há quanto trabalha com pacientes diabéticos? _____
- 04) Há quanto tempo trabalha neste SAD? _____
- 05) Há quanto tempo trabalha junto a ESF? _____
- 06) Possui especialização em Saúde Pública/Saúde da Família? Sim Não
- 07) Realizou curso introdutório ao SAD? Sim Não
- 08) Possui especialização relacionada à sua atuação junto ao DM? Sim Não

Caracterização

- 01) Nome do Serviço: _____
- 02) Data da implantação do serviço: _____
- 03) Contato telefônico: _____
- 04) Composição da equipe (categorias profissionais): _____

- 05) Quantidade de equipes / unidades de saúde que abrange: _____

- 06) A equipe está em tamanho suficiente para atender a demanda? Sim Não
Em caso negativo, o que falta? _____

2ª PARTE - AVALIAÇÃO DE PROCESSO

1) O SAD realiza atendimento domiciliar aos diabéticos indicados pela ESF?

Sim Não NA

Em caso afirmativo, que percentual de pacientes diabéticos indicados pela ESF para visita do SAD tem esse atendimento realizado? _____

2) O SAD realiza suporte técnico e emocional aos cuidadores de diabéticos?

Sim Não

Em caso afirmativo, de que forma? _____

3) O SAD realiza apoio matricial junto à ESF?

Sim Não

Em caso afirmativo, de que tipo? Assistencial. Qtos por trimestre? _____
 Técnico-pedagógica. Qtos por trimestre? _____

4) Existe uma gestão compartilhada entre SAD e ESF?

Sim Não

Apêndice J - Questionário Programa Academia da Cidade e Programa Academia Recife

QUESTIONÁRIO PROGRAMA ACADEMIA DA CIDADE E ACADEMIA RECIFE

Instrumento para avaliação da implantação da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com doenças crônicas no município de Recife-PE - Sistemas de Apoio Diagnóstico e Terapêutico - **Academia da Cidade e Academia Recife**

1ª PARTE – IDENTIFICAÇÃO E CONTEXTO

Dados Gerais

- 01) Data da entrevista: ___/___/___
- 02) Entrevistado (Função): _____
- 03) Há quanto trabalha com pacientes diabéticos? _____
- 04) Há quanto tempo trabalha no PAC? _____
- 05) Possui especialização em Saúde Pública/Saúde da Família? Sim Não
- 06) Realizou curso introdutório ao PAC? Sim Não
- 07) Possui especialização relacionada à sua atuação junto ao DM? Sim Não

Caracterização

- 01) Nome do Serviço: _____
- 02) Data da implantação do serviço: _____
- 03) Contato telefônico: _____
- 04) Composição da equipe (categorias profissionais): _____
- _____
- _____
- 05) Quantidade de equipes / unidades de saúde que abrange: _____
- _____
- 06) A equipe está em tamanho suficiente para atender a demanda?
 Sim Não
- Em caso negativo, o que falta?

2ª PARTE - AVALIAÇÃO DE PROCESSO

1) A equipe realiza atividade física / corporal junto a pacientes diabéticos?

Sim Não

1.1) Em caso afirmativo, que percentual de pacientes diabéticos que procuram ou são encaminhados, realizam atividade física? _____

2) O PAC desenvolve atividades educativas junto à sua população adstrita?

Sim Não

Em caso afirmativo, quantas por semestre? _____

Apêndice L - Roteiro de Entrevista Sistema Logístico - GI e contexto

Roteiro de entrevista utilizado para a identificação de determinantes contextuais no Nível Central da SMS (aplicado com o(a) responsável pelo Sistema de Regulação)

Informante:

Telefone:

Cargo:

Tempo no cargo:

Data da entrevista:

- 1) Como é feita a regulação do DM e suas complicações (AVC, IAM, etc) no município?
- 2) Qual é a situação da regulação do DM no município? (Considerar fluxos, marcação de consultas com especialistas, internamentos na média e na alta complexidade).
- 3) As doenças crônicas / DM é uma prioridade para a gestão? Por quê e desde quando?
- 4) Como é o fluxo de atendimento ao portador de DM? Quais os maiores entraves na regulação desses pacientes?
- 5) O município dispõe de mecanismos de integração/comunicação entre os serviços? Qual(is)? Comente.
- 6) A regulação recebe algum incentivo para regular as doenças crônicas/ DM? (Considerar recursos humanos, materiais e financeiros).
- 7) Qual é a sua formação e experiência profissional? Informe também o tempo de experiência na área da saúde pública, em especial na regulação.
- 8) Em média, qual tem sido o tempo de permanência do responsável pelas Doenças Crônicas dentro da Regulação neste município?
- 9) Como se dá a sua relação com os seus superiores? Com os seus subordinados? Com seus parceiros de trabalho? Comente essas relações e parcerias.
- 10) Que dificuldades e potencialidades o(a) Sr(a) aponta para a efetiva implantação da RAS aos portadores de doenças crônicas no município?

Apêndice M - Roteiro de Entrevista Governança - GI e contexto

Roteiro de entrevista utilizado para a identificação de determinantes contextuais no Nível Central da SMS (aplicado com o(a) coordenador(a) da Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas)

Informante:

Telefone:

Cargo:

Tempo no cargo:

Data da entrevista:

- 1) Qual é a situação do Diabetes Mellitus no município?
- 2) É prioridade para a gestão? Por quê e desde quando?
- 3) Realizam a discussão da situação das doenças crônicas/diabetes no município? Se sim, quem participa da discussão?
- 4) As doenças crônicas e suas respectivas Redes de Atenção à Saúde estão contempladas nos Planos Municipais de Saúde (2010-2013; 2014-2017)? E nas Programações Anuais de Saúde correspondentes aos planos? Se sim, especificar metas indicadores e com base em que eles foram construídos.
- 5) São destinados recursos para a Atenção à Saúde dos portadores de doenças crônicas? E para a implantação da RAS aos portadores de doenças crônicas / DM? Se sim, de onde provêm esses recursos e desde quando? Comente. (Considerar recursos humanos, financeiros e materiais).
- 6) No organograma, onde se situa a Coordenação da Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas? Existe setor específico para RAS aos portadores de doenças crônicas? Como essas coordenações se relacionam entre si, e com a Coordenação Geral de Atenção à Saúde do município?
- 7) Em média, qual tem sido o tempo de permanência do responsável pelas Doenças Crônicas dentro da Atenção à Saúde neste município?
- 8) Qual é a sua formação e experiência profissional? Informe também o tempo de experiência na área da saúde pública, em especial na Atenção à Saúde.
- 9) Como se dá a sua relação com os seus superiores? Com os seus subordinados? Com seus parceiros de trabalho? Comente essas relações e parcerias.
- 10) Que dificuldades e potencialidades o(a) Sr(a) aponta para a efetiva implantação da RAS aos portadores de doenças crônicas no município?

Apêndice N - Roteiro de Entrevista Vigilância Epidemiológica distrital - Contexto

Roteiro de entrevista utilizado para a identificação de determinantes contextuais no Distrito Sanitário (aplicado com o(a) gerente da vigilância epidemiológica)

Informante:

Telefone:

Cargo:

Tempo no cargo:

Existência de setor específico para Atenção à Saúde de Doenças Crônicas / Diabetes?

() Sim () Não

Data da entrevista:

- 1) Qual é a situação do Diabetes Mellitus no distrito?
- 2) É prioridade para a gestão? Por quê e desde quando?
- 3) Realizam a discussão da situação das doenças crônicas/diabetes no distrito? E a nível municipal (com a SMS)? Se sim, quem participa da discussão?
- 4) São destinados recursos à Vigilância Epidemiológica para algum Programa de combate às Doenças Crônicas? (Considerar recursos humanos, financeiros e materiais). Se sim, desde quando?
- 5) Em média, qual tem sido o tempo de permanência do responsável pelas Doenças Crônicas dentro da Vigilância Epidemiológica neste DS?
- 6) Qual é a sua formação e experiência profissional? Informe também o tempo de experiência na área da saúde pública, em especial na vigilância epidemiológica.
- 7) Como se dá a sua relação com os seus superiores (gerente da vigilância em saúde e diretor do DS)? Com os seus subordinados (técnicos)? Com seus parceiros de trabalho? Comente essas relações e parcerias.
- 8) Que dificuldades e potencialidades o(a) Sr(a) aponta para a melhoria da situação das doenças crônicas no distrito? E no município?

Apêndice O - Roteiro utilizado na consulta aos documentos para a identificação de determinantes contextuais

Na consulta a documentos identificar, em relação à Atenção à Saúde aos portadores de doenças crônicas / DM e sua respectiva RAS:

1) Aspectos contemplados nos Planos Municipais de Saúde (2010-2013 e 2014-2017)
(perfil epidemiológico, atividades e metas)

2) Aspectos contemplados nas Programações Anuais de Saúde (atividades e metas)

Apêndice P – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – PROFISSIONAIS E GESTORES

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa com o título **RedeNut: Avaliação da inserção do Componente Alimentação e Nutrição na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco**, coordenada pela pesquisadora Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Se decidir participar dela, é importante que leia estas informações sobre a mesma e sobre o seu papel enquanto participante.

Esta pesquisa tem como objetivo principal avaliar na Estratégia Saúde da Família e na Rede de Atenção à Saúde a promoção de hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física, em particular, em relação ao tratamento não medicamentoso dos hipertensos e diabéticos.

A sua contribuição na pesquisa ocorrerá mediante a realização de entrevista. Essa entrevista objetiva conhecer suas percepções acerca do funcionamento dos serviços de saúde prestados a pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus. Os riscos relacionados com sua participação podem ser constrangimento perante pessoas e instituições, caso sua identidade venha a público. Contudo, garantimos que este fato não ocorrerá sob hipótese alguma.

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária e sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com essa instituição de pesquisa. Também não lhe serão impostas nenhuma penalidade, prejuízo ou perda de benefício em seu local de trabalho. Após assinar o consentimento, você terá total liberdade de retirá-lo a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem quaisquer prejuízos às suas relações de trabalho.

O benefício relacionado à sua participação é a contribuição para o conhecimento das práticas no cuidado da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, permitindo subsidiar o aperfeiçoamento da atenção à saúde destes grupos de indivíduos.

O conhecimento dos resultados do seu desempenho nas tarefas poderá ser obtido através do contato pessoal com a coordenadora da pesquisa e, caso seja do seu interesse, os

resultados da pesquisa em geral serão publicados, sob a forma de relatório anual de balanço da pesquisa emitido pelo CPqAM. Você não será identificado quando o material de seu registro for utilizado, seja para propósitos de publicação científica ou educativa.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica também garantida indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste centro de pesquisas, localizado na Av. Professor Moraes Rego, s/n - Campus da UFPE - Cidade Universitária, Recife/PE, CEP: 50.670-420, através do telefone (81) 2101-2639 ou pelo e-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br. O horário de funcionamento é das 08:00 – 12:00 hrs / 13:00 – 15hrs. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Após a leitura desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dou meu consentimento de livre e espontânea vontade, para participar como voluntário, deste estudo, assinando esse termo em duas vias, pois uma cópia pertencerá a mim e a outra ao pesquisador.

Nome do participante (em letra de forma): _____

Assinatura do participante: _____ Data: _____

Atesto que expliquei cuidadosamente a natureza e o objetivo deste estudo, os possíveis riscos e benefícios da participação no mesmo, junto ao participante.

Assinatura do pesquisador: _____ Data: _____

Para qualquer esclarecimento entrar em contato com:

Coordenadora da Pesquisa: Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Endereço: Av. Prof. Moraes do Rego. Cidade Universitária, s/n. Recife/PE.

E.mail: educesse@cpqam.fiocruz.br

Telefone:(81)2101–2609

Anexo A – Parecer Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

CENTRO DE PESQUISAS
AGGEU MAGALHÃES/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RedeNut: Avaliação da Inserção do Componente Alimentação e Nutrição na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco.

Pesquisador: Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 21989413.0.0000.5190

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 421.616

Data da Relatoria: 02/10/2013

Apresentação do Projeto:

RedeNut: Avaliação da Inserção do Componente Alimentação e Nutrição na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco

Projeto de Pesquisa a ser submetido ao Edital Facepe 13/2012 - Programa de Pesquisa para o SUS: Gestão compartilhada em saúde PPSUS e Rede MS/CNPQ/FACEPE/SES.

O presente projeto insere-se na linha de pesquisa em Doenças Crônicas Não Transmissíveis, articulada com a avaliação das ações da atenção básica, desenvolvida pelo Laboratório de Avaliação, Monitoramento e Vigilância em Saúde (LAM-Saúde) do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM/Fiocruz.

É parte integrante de um intercâmbio interdisciplinar e parceria interinstitucional entre o Brasil/PE (Fiocruz-PE, IMIP, UFPE, UPE), a França (IRD) e o Reino Unido (ICL), para o desenvolvimento de pesquisa avaliativa em serviços de atenção básica em saúde para as doenças crônicas.

Dentre as instituições parceiras, o IRD (Institut de Recherche pour le Développement - Instituto de

Endereço: Av. Prof. Moraes Rego, s/nº
 Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-420
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81)2101-2639 Fax: (81)2101-2639 E-mail: comiteetica@cpqam.fiocruz.br

Recomendações:

O projeto deverá ser encaminhado para Conep por tratar-se de participação estrangeira.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, de 12 de dezembro de 2012 e complementares.

O referido projeto está aprovado conforme decisão do colegiado CEP/CPqAM em reunião do dia 02 de outubro de 2013. Deverá ser avaliado pela CONEP por se tratar de projeto com participação estrangeira.

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

RECIFE, 10 de Outubro de 2013

Assinador por:
Janaina Campos de Miranda
(Coordenador)

Anexo B – Parecer da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RedeNut: Avaliação da inserção do Componente Alimentação e Nutrição na rede de atenção aos hipertensos e diabéticos em Pernambuco.

Pesquisador: Eduarda Ângela Pessoa Cesse

Área Temática: A critério do CEP

Versão: 4

CAAE: 21989413.0.0000.5190

Instituição Proponente: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/ FIOCRUZ

Patrocinador Principal: FUNDACAO DE AMPARO A CIENCIA E TECNOLOGIA - FACEPE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 768.025

Data da Relatoria: 27/08/2014

Apresentação do Projeto:

Introdução: Nas últimas décadas, transformações socioeconômicas, históricas e culturais afetaram os aspectos nutricionais e educacionais da população brasileira, gerando modificações no perfil nutricional, especialmente representadas pela diminuição da prevalência de deficiências nutricionais e aumento populacional do binômio sobrepeso/obesidade (excesso de peso) e de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). Em 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas a essas doenças, sendo que a OMS destaca como seus principais fatores de risco o tabagismo, a inatividade física, a alimentação não saudável e o uso prejudicial de álcool. O Ministério da Saúde do Brasil, a partir da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, reconhece que "o declínio do nível de atividade física, aliado a adoção de modos de se alimentar pouco saudáveis, com a adesão a um padrão de dieta rica em alimentos com alta densidade energética e baixa concentração de nutrientes, o aumento do consumo de alimentos ultra processados e o consumo excessivo de nutrientes como sódio, gorduras e açúcar tem relação direta com o aumento da obesidade e demais doenças crônicas, como o diabetes e a hipertensão, e explicam, em parte, as crescentes prevalências de sobrepeso e obesidade observadas nas últimas décadas". Estudos evidenciaram que o excesso de peso decorrente dessas modificações na alimentação e atividade física não poupa mais a população de baixa renda do país, seguindo um processo já

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.750-521
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3315-5878 **E-mail:** conep@saude.gov.br

Considerações Finais a critério da CONEP:

Diante do exposto, a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº. 466 de 2012 e na Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela aprovação do projeto de pesquisa proposto.

Situação: Protocolo aprovado.

BRASILIA, 28 de Agosto de 2014

Assinado por:
Jorge Alves de Almeida Venancio
(Coordenador)

Anexo C – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife



**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos** mestranda em saúde pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário III, no Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, no Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD, Programa Academia da Cidade – PAC e no Centro Médico Senador Ermírio de Moraes, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “Avaliação da implantação da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no município de Recife – Pernambuco.”, sendo orientada por Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

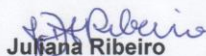
- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- 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, 22 de setembro de 2014.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGYES/SESAD/PCR
Matrícula nº 99.766-8

Anexo D – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de Saúde do Recife**PREFEITURA DO
RECIFE
SECRETARIA DE SAÚDE****CARTA DE ANUÊNCIA**

Autorizo **Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos** mestranda em saúde pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário III, no Núcleo de Apoio a Saúde da Família – NASF, no Serviço de Atendimento Domiciliar – SAD e no Programa Academia da Cidade - PAC, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “Avaliação da implantação da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas no município de Recife – Pernambuco.”, sendo orientada por Eduarda Ângela Pessoa Cesse.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

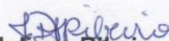
- O cumprimento das determinações éticas da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- 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, 12 de setembro de 2014.

Atenciosamente,


Juliana Ribeiro

Chefe de Divisão de Educação na Saúde

Juliana Ribeiro
Divisão de Educação na Saúde
DES/SEGDES/SESAU/PCR
Matrícula nº 99.986-8

Anexo E – Carta de Anuência da Secretaria Estadual de Saúde do Pernambuco

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
SECRETARIA EXECUTIVA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE
DIRETORIA GERAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE
GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Recife, 11 de setembro de 2014

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente da realização da pesquisa: **AVALIAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DAS PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS NO MUNICÍPIO DE RECIFE-PERNAMBUCO**, pela aluna de pós-graduação (Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Departamento de Saúde Coletiva) do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, **Rebecca Soares de Andrade Fonseca dos Santos** nas dependências do Hospital Agamenon Magalhães e na UPA Nova Descoberta e afirmo que estas instituições tem condições para o desenvolvimento deste projeto.

Sendo assim autorizo sua execução, desde que a mesma cumpra com os requisitos da Res. CNS 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins de pesquisa.


Maria Emilia M. Higino da Silva

Diretora Geral de Educação em Saúde

Secretaria de Saúde de Pernambuco
M^a Emilia M. Higino da Silva
Diretora Geral de Educação em Saúde

