

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA

**REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS:
ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E INTEGRAÇÃO**

RAIMUNDO DE OLIVEIRA NETO

Belo Horizonte
2018

RAIMUNDO DE OLIVEIRA NETO

**REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS:
ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E INTEGRAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Amélia Augusta de Lima Friche
Coorientadora: Prof.^a Dr.^a Stela Maris Aguiar Lemos

Belo Horizonte

2018

O48r Oliveira Neto, Raimundo de.
Rede de cuidados à pessoa com deficiência em Minas Gerais
[manuscrito]: análise da implantação e integração. / Raimundo de Oliveira
Neto. - - Belo Horizonte: 2018.
109f.: il.
Orientador: Amélia Augusta de Lima Friche.
Coorientador: Stela Maris Aguiar Lemos.
Área de concentração: Ciências Fonoaudiológicas.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais,
Faculdade de Medicina.

1. Pessoas com Deficiência. 2. Atenção à Saúde. 3. Saúde da Pessoa
com Deficiência. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Pessoal de Saúde. 6.
Dissertações Acadêmicas. I. Friche, Amélia Augusta de Lima. II. Lemos,
Stela Maris Aguiar. III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade
de Medicina. IV. Título.

NLM: HV 100

Bibliotecária Responsável: Cibele de Lourdes Buldrini Filogônio Silva CRB-6/999



FOLHA DE APROVAÇÃO

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS:
ANÁLISE DA IMPLANTAÇÃO E INTEGRAÇÃO

RAIMUNDO DE OLIVEIRA NETO


Dissertação submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS, como requisito para obtenção do grau de Mestre em CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS, área de concentração FUNCIONALIDADE E SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA.

Aprovada em 02 de abril de 2018, pela banca constituída pelos membros:


Prof(a). Amélia Augusta de Lima Friche - Orientador
UFMG


Prof(a). Stela Maris Aguiar Lemos
UFMG


Prof(a). Celeste de Souza Rodrigues
Secretaria Estadual de Saúde


Prof(a). Iara Barrêto Bassi
Hospital João XXIII

Belo Horizonte, 2 de abril de 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Reitora: Prof.^a Sandra Regina Goulart Almeida

Vice-Reitor: Prof. Alessandro Fernandes Moreira

Pró-Reitor de Pós-Graduação: Prof. Fabio Alves

Pró-Reitor de Pesquisa: Prof. Mário Campos

FACULDADE DE MEDICINA

Diretor da Faculdade de Medicina: Prof. Humberto José Alves

Vice-diretora da Faculdade de Medicina: Prof.^a Alamanda Kfoury Pereira

Coordenador do Centro de Pós-Graduação: Prof. Tarcizo Afonso Nunes

Subcoordenadora do Centro de Pós-Graduação: Prof.^a Eli Iola Gurgel Andrade

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS FONOAUDIOLÓGICAS

Coordenadora: Prof.^a Amélia Augusta de Lima Friche

Subcoordenadora: Prof.^a Sirley Alves da Silva Carvalho

COLEGIADO

Prof.^a Amélia Augusta de Lima Friche – titular

Prof.^a Sirley Alves da Silva Carvalho – titular

Prof.^a Letícia Caldas Teixeira – titular

Prof.^a Stela Maris Aguiar Lemos – titular

Prof.^a Andréa Rodrigues Motta – titular

Bárbara de Faria Morais Nogueira – discente titular

Prof.^a Patrícia Cotta Mancini – suplente

Prof.^a Luciana Macedo de Resende – suplente

Prof.^a Ana Cristina Côrtes Gama – suplente

Prof.^a Adriane Mesquita de Medeiros – suplente

Prof.^a Helena Maria Gonçalves Becker – suplente

Cíntia Alves de Souza – discente suplente

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Terezinha de Jesus Oliveira Pompeu, o seu valor, as suas lutas e o estímulo pela busca do aprendizado para encontrar um lugar justo no mundo.

À Prof.^a Amélia Augusta de Lima Friche a sua competência, orientação respeitosa e valiosa contribuição no campo das Políticas Públicas de Saúde.

À Prof.^a Stela Maris Aguiar Lemos a sua competência, organização, orientação acolhedora e ensinamentos fundamentais para meu aprendizado em Políticas Públicas de Saúde.

Ao meu irmão, Harley Oliveira Pompeu, o acolhimento e apoio em meus sonhos.

À minha irmã, Maria de Fátima Pompeu Marques, a sua infinita generosidade e amor.

A todos os meus irmãos e sobrinhos que participaram de diferentes formas desta conquista.

Ao Ronaldo Batista da Conceição e Matheus Rodrigues Monção o apoio e carinho nesta jornada.

À minha equipe de trabalho da Junta Reguladora da Saúde Auditiva de Belo Horizonte - SUS, Fabrícia Adriele Silva Araújo, Flávia Lima Borges da Silveira, Janaína Couto

Sacramento Costa e Rosemeire Pimentel Pereira, a generosidade, incansável paciência e apoio nesta caminhada.

Ao amigo Kleber Rangel Silva o incentivo ao caminho da academia e do estudo das políticas Públicas de Saúde do SUS.

À amiga Mônica Farina Neves Santos o incentivo, generosidade e inspiradora contribuição.

À amiga Maria Clara Peixoto o incentivo e conselhos preciosos.

À Luíza Oliveira Lignani o apoio e organização como gestora.

À Fabrícia Adriele Silva Araújo a parceria e grande amizade.

À Janaina Couto Sacramento Costa a sua generosidade e preciosa contribuição.

Aos amigos Gabriela Cintra Januário, Marco Arlindo Tavares, Márcio Ferreira Barreto, Rodney Pereira de Macedo, Andrezza Gonzalez Escarce, Tiago Costa Pereira, Fernanda Abalen Martins Dias, Janete dos Reis Coimbra e Thalita Evaristo Couto Dias a amizade e torcida.

Ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências Fonoaudiológicas da Faculdade de Medicina da UFMG o rico aprendizado.

Aos colegas do mestrado que compartilharam comigo esta rica caminhada de aprendizagem. Especialmente à Lívia Rodrigues, Naiara Ribeiro e Thais Mendes a amizade e carinho.

À equipe do PPSUS o rico e transformador aprendizado na pesquisa da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS em Minas Gerais. Em especial à Prof.^a Stela Maris Aguiar Lemos o convite para participar do grupo de pesquisa.

Aos usuários, profissionais e gestores que acreditam e apoiam o Sistema Único de Saúde como uma rede capaz de propor e trabalhar para garantir a nobre dimensão da saúde que é a integralidade.

À ABG Consultoria Estatística e à Thalita Evaristo Couto Dias a presteza e eficiência nos serviços prestados.

RESUMO

Introdução: a criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde constituiu-se como marco fundamental para criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência, ampliando o acesso e a qualidade dos serviços ofertados. **Objetivo:** analisar o grau de implantação e integração da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado de Minas Gerais na percepção dos gestores e trabalhadores que atuam no componente da atenção especializada em reabilitação quanto aos aspectos da população, dos pontos de atenção primária, secundária e terciária à saúde e sistemas logísticos. **Métodos:** estudo observacional, analítico e transversal desenvolvido em duas etapas. Na primeira delas foi realizado o mapeamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais considerando os serviços habilitados pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais. Foram identificados 209 pontos de atenção em reabilitação distribuídos em 147 municípios, organizados em 59 Regiões de Saúde das 13 Regiões Ampliadas de Saúde. A segunda etapa constituiu o estudo de campo realizado nos serviços sorteados segundo amostra aleatória. Após o cálculo amostral, foram sorteados 36 pontos de atenção (serviços de reabilitação auditiva, visual, físico, ostomia e intelectual), que foram visitados pelos pesquisadores para a coleta das informações. Em cada serviço, gestores que atuavam na atenção especializada da RCPD responderam ao Roteiro de Caracterização dos Gestores e ao questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde, proposto por Mendes, 2011. Aqueles que aceitaram participar do estudo, mas não estavam presentes durante a coleta de dados realizaram indicação de outros trabalhadores do próprio serviço. O Roteiro de

Caracterização dos Gestores teve como objetivo identificar os entrevistados quanto aos aspectos sociodemográficos, atuação na rede e características do serviço, como equipe, modalidade e Região de Saúde. O questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde tem por objetivo avaliar a percepção dos gestores quanto aos aspectos relacionados à implantação e integração da RCPD em Minas Gerais, abordando as dimensões população, pontos de atenção primária, secundária e terciária à saúde e sistemas logísticos. O instrumento investiga os elementos constitutivos da população, dos pontos de atenção primários, secundários e terciários à saúde, dos sistemas de apoio, dos sistemas logísticos, sistema de governança e do modelo de atenção à saúde. As questões são pontuadas, e o escore final possibilita a classificação do grau de integração da rede, classificando-a em sistema fragmentado, rede em estágio inicial, rede em estágio avançado e rede integrada. Diante do grande número de informações, para o presente estudo, foram selecionadas apenas os elementos da população, dos pontos de atenção à saúde e os sistemas logísticos. Os escores para as três dimensões consideradas neste estudo foram adaptados com uso de regra de três simples, e utilizados como referência para a interpretação dos resultados. Os instrumentos foram aplicados por fonoaudiólogos do projeto, sob a forma de entrevista estruturada, após seleção e recrutamento dos participantes e obtenção da anuência por meio da aplicação do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE). Para inclusão no estudo foram considerados os seguintes critérios: ser vinculado à RCPD de MG há no mínimo seis meses, ser gestor da RCPD de MG, ser trabalhador das equipes dos serviços de reabilitação da RCPD do SUS-MG indicado pelo gestor e assinar o TCLE. Foram entrevistados 35 profissionais, dentre eles gestores e trabalhadores. Adotaram-se como variáveis resposta: o grau de implantação da RCPD dado pelos escores e a classificação final. As variáveis

explicativas foram: divisão territorial do Estado por Região Ampliada de Saúde, nível de atenção à saúde, modalidades de serviços da atenção especializada, profissão e vínculo empregatício. Para a análise, foram consideradas duas divisões territoriais do Estado de MG, a saber: 1) Divisão Norte e Sul por fluxo de atendimento segundo as informações da abrangência assistencial dos serviços e seus respectivos fluxos para atendimento na rede; 2) Divisão por similaridade de Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Para a análise dos dados foi realizada análise descritiva dos escores por eixo e do escore geral do instrumento, considerando a modalidade, os pontos de atenção à saúde e as regiões ampliadas por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas. Para a descrição dos escores parciais e totais foram utilizadas medidas de tendência central, posição e dispersão. Para a comparação dos escores por eixo e escore total segundo as modalidades, os pontos de atenção à saúde e as regiões foram utilizados os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis, e para as comparações da classificação sobre a capacidade de operar a rede foi utilizado o teste Exato de Fisher. Foram consideradas como associações estatisticamente significantes os resultados que apresentaram valor $p \leq 0,05$. O software utilizado nas análises foi o R (versão 3.3.1). **Resultados:** as Regiões de Saúde com maior frequência de serviços foram Centro e Centro Sul. Dentre os entrevistados, a maioria foi do sexo feminino, contratada e atuava, predominantemente, na atenção secundária à saúde. Na comparação entre as regiões Norte e Sul, não houve diferença significativa relacionada ao fluxo de atendimento e similaridade de IDHM. Além disso, foi observado que a modalidade de serviço de reabilitação parece influenciar a capacidade de operar a rede. Quando analisada a capacidade de operar a rede, merece destaque o fato de que para 37,1% dos entrevistados a capacidade para operar a RAS foi considerada básica e para outros 37,1% essa capacidade foi

razoavelmente boa. Tem-se ainda que 14,3% avaliaram a rede com capacidade ótima e apenas 11,4% relataram incapacidade para operar a RAS. **Conclusão:** os resultados apontam para a necessidade de trabalho continuado em favor da regionalização e implementação em regiões com baixa cobertura, fortalecimento do vínculo e articulação com a Atenção Primária à Saúde, além da melhoria dos vínculos de trabalho para não vulnerabilizar a gestão. Os resultados permitiram, ainda, compreender a percepção dos gestores, e apontaram que a RCPD se encontra entre um sistema fragmentado e uma rede integrada. A elaboração de um plano de desenvolvimento institucional que intervenha nos pontos críticos torna-se então importante para a promoção de uma maior integração.

Descritores: Redes de Atenção à Saúde, Avaliação de Redes de Atenção à Saúde, Pessoas com Deficiência, Saúde da Pessoa com Deficiência.

ABSTRACT

Introduction: The creation of the Care Network for the Person with Disabilities (*Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD*) within the scope of the Brazilian Unified Health System (SUS) was established as a fundamental framework for the creation, expansion and articulation of health care points for people with disabilities, increasing access and the quality of services offered. **Purpose:** to analyze the degree of implementation and integration of the Care Network for the Person with Disabilities in Minas Gerais state in the perception of the managers and workers who deal in the specialized attention component of rehabilitation regarding the aspects of the population, the points of Primary, Secondary, and Tertiary health assistance and logistics systems. **Methods:** an observational, analytical and transversal study developed in two stages. In the first one, mapping of the Care Network for the Person with Disabilities in Minas Gerais was carried out considering the services authorized by the Ministry of Health and the Health State Department of Minas Gerais. A total of 209 points of rehabilitation attention were identified in 147 municipalities, organized in 59 Health Regions of the 13 Expanded Health Regions. The second stage was the field study conducted in the services selected according to a random sample. After the sample calculation, 36 randomly selected attention points (hearing, visual, physical, ostomy and intellectual rehabilitation services) were visited by the researchers to collect the information. In each service, managers who worked in the RCPD specialized attention answered the Managers' Characterization Script and the Health Care Networks Assessment questionnaire, proposed by Mendes, 2011. Those who accepted to participate in the study but were absent during the course of data collection indicated other workers of the same department. The purpose of the Managers'

Characterization Script was to identify sociodemographic aspects and performance in the network of the interviewees, as well as characteristics of the service, such as team, modality and Health Region. The Health Care Networks Assessment questionnaire aims to evaluate the perception of managers regarding aspects related to the implementation and integration of RCPD in Minas Gerais, addressing dimensions such as population, Primary, Secondary and Tertiary Health Care points and logistic systems. The instrument investigates the constituent elements of the population, the Primary, Secondary and Tertiary health care points, support systems, logistic systems, governance system and health care model. The questions are punctuated, and the final score allows classification of the degree of integration of the network, classifying it into a fragmented system, an early-stage network, an advanced-level network, or an integrated network. Given the large number of information, for the present study, only the elements of the population, health care points and logistic systems were selected. The scores for the three dimensions considered in this study were adapted using a simple three rule, and used as reference for the results interpretation. The instruments were applied by the project's speech therapists as structured interviews, after selection and recruitment of the participants and obtaining consent through the application of the Informed Consent Term (TCLE). For inclusion in the study, the following criteria were considered: to be linked to the RCPD of Minas Gerais (MG) for at least six months, to be manager of MG RCPD, to be a SUS-MG RCPD rehabilitation services' worker indicated by the manager and to sign the TCLE. Among managers and workers, 35 professionals were interviewed. Response variables adopted were: degree of implantation of RCPD given by the scores and the final classification. The explanatory variables were: territorial division of the state by Expanded Health Regions, level of health care, modalities of specialized care services, profession and employment. For

the analysis, two territorial divisions of Minas Gerais state were considered, namely:

- 1) North and South division by service flow according to the information on the coverage of the assistance services and their respective flows for service in the network;
- 2) Division by similarity of Municipal Human Development Index (IDHM), considering the similarity IDHM, ATLAS Brazil, 2013.

For the data analysis, a descriptive analysis of the scores by axis and of the general score of the instrument was performed, considering the modality, the health care points and the expanded regions by means of distribution of absolute and relative frequencies. For the description of partial and total scores, measures of central tendency, position and dispersion were used. The Mann-Whitney and Kruskal-Wallis tests were used for the comparison of the scores by axis and by total score and according to the modalities, the health care points and the regions. For the classification on the capacity to operate the network comparisons, Fisher's test was used. Statistically significant associations were considered as the results that showed $p \leq 0.05$. The software used in the analyzes was R (version 3.3.1).

Results: Health Regions with the highest frequency of services were Center and South-Center. Among the interviewees, the majority were female, with employment contract and predominantly engaged in secondary health care. In the comparison between the North and South regions, there was no significant difference related to the flow of care and similarity of IDHM. In addition, it was observed that the modality of the rehabilitation service seems to influence the capacity to operate the network. When analyzing the capacity to operate the network, it is worth highlighting the fact that for 37.1% of the interviewees the capacity to operate the health care network was considered basic and for another 37.1% this capacity was reasonably good. It was also found that 14.3% evaluated the network with optimal capacity and only 11.4% reported an inability to operate it.

Conclusion: the results point to the need

for continued work in favor of regionalization and implementation in regions with low coverage, strengthening of the link and articulation with Primary Health Care, in addition to improving work links so as not to make the management vulnerable. The results also allowed us to understand the managers' perception and pointed out that RCPD is between a fragmented system and an integrated network. The development of an institutional development plan that takes action at the critical points becomes then an important tool for the promotion of greater integration.

Keywords: Health Care Networks, Health Care Networks Assessment, People with Disabilities, People with Disabilities' Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

REFERENCIAL TEÓRICO

Figura 1. Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais.....	40
---	----

MÉTODOS

Quadro 1. Escore original e adaptação para interpretação dos resultados do questionário de avaliação das RAS.....	56
--	----

Quadro 2. Divisão territorial do estado de MG por fluxo assistencial e IDHM.....	57
---	----

RESULTADOS

Quadro 1. Escore original e adaptação para interpretação dos resultados do questionário de avaliação das RAS.....	67
--	----

Quadro 2. Divisão territorial do estado de MG por fluxo assistencial e IDHM.....	68
---	----

Tabela 1. Descrição da capacidade de operar a rede segundo avaliação dos gestores e trabalhadores da RCPD.....	70
---	----

Tabela 2. Comparação dos totais gerais dos elementos por modalidade.....	72
---	----

Tabela 3. Associação do total Geral da capacidade de operar a RCPD com as modalidades de serviço.....	73
--	----

Tabela 4. Comparação dos totais gerais dos elementos por região Norte e Sul, quanto ao fluxo de encaminhamento e IDHM.....	74
---	----

Tabela 5. Associação do total geral do escores do questionário quanto ao fluxo de atendimento e similaridade IDHM das regiões Norte e Sul com a capacidade de operar a RCPD.....	74
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS - Atenção Primária à Saúde

CASPD - Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência

CEO - Centros Especializados em Odontologia

CER - Centro Especializado em Reabilitação

CIRAs - Comissões Intergestores Regionais Ampliadas

CIRs - Comissões Intergestores Regionais

CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

COEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CONADE - Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

ESF - Equipes de Saúde da Família

FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal

MG - Minas Gerais

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização Das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PNS - Pesquisa Nacional de Saúde

PPSUS - Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde

PSF - Programa de Saúde da Família

PTI - Projetos Terapêuticos Individuais

PVSL - Plano Viver Sem Limite

RAS - Redes de Atenção à Saúde

RCPD - Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

SASA - Serviço de Atenção à Saúde Auditiva

SASPO - Serviço de Atenção à Saúde ao Paciente Ostomizado

SERDI - Serviço Especializado em Reabilitação da Deficiência Intelectual

SES - Secretaria do Estado de Saúde

SES-MG - Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais

SRF - Serviço de Reabilitação Física

SRV - Serviço de Reabilitação Visual

SUS - Sistema Único de Saúde

TA - Tecnologia Assistiva

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidades Básicas de Saúde

UFMG - Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	21
1.1 Referências	24
2. REFERENCIAL TEÓRICO	25
2.1 Redes de Atenção à Saúde	25
2.2 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	31
2.3 Avaliação das Redes de Atenção à Saúde	41
3.4 Referências	45
4. HIPÓTESE	48
5. OBJETIVOS	49
5.1 Objetivo Geral	49
5.2 Objetivos específicos	49
6. MÉTODOS	50
6.1 Cenário do estudo	50
6.2 Delineamento e amostragem	51
6.3 Critérios de inclusão	52
6.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados	52
6.5 Análise dos dados	58
6.6 Referências	59
7. RESULTADOS	60
7.1 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: análise da implantação e integração segundo a percepção de gestores do componente especializado em reabilitação ..	60
7.1.1 Resumo	60
7.1.2 Abstract	61
7.1.3 Introdução	62
7.1.4 Métodos	64

7.1.5 Resultados.....	69
7.1.6 Discussão	75
7.1.7 Conclusão.....	80
7.1.8 Referências	81
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	84
9. ANEXOS	86
Anexo 1. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG	86
Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	87
Anexo 3. Questionário de Caracterização do Gestor e de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde	88
10. APÊNDICES.....	96
Apêndice A. Tabela de análise descritiva geral da população atendida.....	96
Apêndice B. Tabela de análise descritiva geral da avaliação dos pontos de Atenção Primária à Saúde.....	98
Apêndice C. Tabela de análise descritiva geral da avaliação dos pontos de Atenção Secundária e Terciária à Saúde	100
Apêndice D. Tabela de análise descritiva geral da avaliação do sistema logístico	106

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este estudo faz parte do projeto “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais: perfil populacional, avaliação do acesso e da estrutura”, contemplado pelo Edital 14/2013 do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS), vinculado à Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) em parceria com a Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

A constituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) representa uma importante estratégia para a oferta de serviços de saúde de forma contínua e de acordo com as necessidades da população atendida. As Redes operam em diferentes níveis de atenção à saúde por meio de um conjunto de intervenções preventivas e curativas, atenção continuada, integração de diferentes níveis, vinculação da formulação e gestão e trabalho intersetorial¹.

Segundo o Censo 2010, 45.606.048 milhões de brasileiros declararam ter alguma deficiência, representando 23,9% da população do país². A saúde da pessoa com deficiência foi historicamente negligenciada no âmbito do SUS, com iniciativas pontuais e fragmentadas, sem nexos com os princípios da integralidade, equidade, universalidade e acesso. Era, portanto, baseada no modelo assistencial biomédico, com foco na doença, na concessão de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, sem intervenções multidisciplinares³.

Com o objetivo de garantir a assistência integrada em Redes de Atenção à Saúde, o Ministério da Saúde instituiu, em 2012, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)⁴. Assim, constituiu-se como marco fundamental para criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência por meio da organização de serviços

regionalizados e ações intersetoriais, favorecendo a integralidade no cuidado de forma articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção, ampliando e diversificando serviços para a atenção às pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências^{3,4}.

Em Minas Gerais (MG), a RCPD foi instituída pela Deliberação CIB-SUS-MG nº 1272/2012, composta inicialmente por 183 pontos de atenção, sendo estruturada em três componentes: Atenção Básica (Atenção Odontológica e Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF); Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia, Múltiplas Deficiências e Saúde Bucal; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. O componente especializado é constituído por Centros Especializados em Odontologia (CEO), serviços de reabilitação em modalidade única e os Centros Especializados em Reabilitação (CER). Sua implementação e integração representam um desafio complexo, entremeado por barreiras socioculturais, demográficas e operacionais⁵.

Desse modo, é fundamental utilizar uma metodologia de avaliação das RAS para verificar o grau de integração ou fragmentação em que se encontra. Para tanto, foi proposto um questionário de avaliação das redes em suas diferentes dimensões para identificar áreas críticas do desempenho e implementar um programa de desenvolvimento institucional e clínico de fortalecimento da rede¹. Esse instrumento pode ser aplicado no conjunto de instituições ou em uma rede temática, possibilitando rever as questões relativas aos pontos de atenção secundária e terciária para adequá-los a uma única rede, como a Rede de Atenção à Saúde Bucal, Rede da Pessoa com Deficiência e Reabilitação Física^{1,4,6}.

Outros autores dedicaram-se à pesquisa de diferentes RAS no Brasil, como a Rede de Cuidados em Saúde Mental Infanto-juvenil, Rede de Atenção à Saúde da

Mulher, Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas. Tais estudos analisaram aspectos regionalizados e especializados, como as ações da atenção primária à saúde e recursos humanos, contribuindo para o conhecimento e identificação do grau de implantação e integração regional no SUS⁷⁻⁹.

Diante disso, é necessário aprofundar o conhecimento e o debate sobre a implantação e integração do componente especializado dessa importante Rede de Cuidados, fornecendo informações relevantes para a descrição e análise crítica do seu desempenho, qualificação e estrutura organizacional no SUS, com forte influência na qualidade da assistência prestada à população.

No presente estudo, foram analisadas a percepção dos gestores do componente especializado da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência sobre os elementos que a compõem e seus aspectos constitutivos e organizacionais, funcionais e sociodemográficos, identificando facilitadores e dificultadores que impactam na qualidade da atenção à saúde. Os resultados poderão subsidiar a gestão na proposição de intervenções nos pontos críticos, favorecendo ajustes que garantam o aperfeiçoamento da assistência às pessoas com deficiência e promovam cuidado integral, inclusão social e qualidade de vida.

Este volume é constituído pelos capítulos de referencial teórico, hipótese, objetivos, métodos, resultados e considerações finais. O capítulo de resultados será apresentado em formato de artigo para publicação em periódico da área, intitulado “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: análise da implantação e integração segundo a percepção de gestores do componente especializado em reabilitação”.

1.1 Referências

1. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [cited 2016 Set 27]. Available from: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.
3. Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. The Brazilian Health System integrated health service network for people with disabilities. *Interface*. 2015;19(52):207-10.
4. MS: Ministério da Saúde. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. [cited 2016 Set 27]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.
5. SES-MG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS-MG nº1272 de 24 de outubro de 2012: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS-MG e dá outras providências. [cited 2016 Set 27]. Available from: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao-1272redesdecuidadosPessoacomdeficiencia.pdf>.
6. Leal DL, Paiva SM, Werneck MAF, Oliveira ACB. Adaptation of the oral health version of an instrument for diagnosing the healthcare network's stage of development. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(6):1341-7.
7. Tszesnnioski LC, Nóbrega KB, Lima MLLT, Fagundes VLD. Building the mental health care network for children and adolescents: interventions in the territory. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(2):363-70.
8. Gryscek ALFP, Nichiata LYI, Fracoli LA, Oliveira MAF, Pinho PH. Building the women's health network towards constructing a care line for pregnant and puerperium women in the Regional Management Board of Alto Capivari ? São Paulo. *Saúde Soc*. 2014;23(2):689-700.
9. Torres SFS, Belisário AS, Melo EM The emergency network in the northern macro-region of Minas Gerais, Brazil: a case study. *Saúde Soc*. 2015;24(1):361-73.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Redes de Atenção à Saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS), no ano de 2008, conceituou as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como “a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde”. A conceituação está amparada em seis modalidades de integração: um conjunto amplo de intervenções preventivas e curativas para uma população; os espaços de integração de vários serviços; a atenção à saúde contínua, ao longo do tempo; a integração vertical de diferentes níveis de atenção; a vinculação entre a formulação da política de saúde e a gestão e o trabalho intersetorial¹.

Em 2009, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), publicou sua proposta para “Redes Integradas de Serviços de Saúde Baseadas na Atenção Primária” que se caracteriza como um importante marco conceitual para os países latino-americanos, após consultas nacionais e regionais realizadas para sua validação. Sugeriu, assim, atributos para seu funcionamento, como a definição da população e do território, com amplo conhecimento de suas necessidades, determinando a oferta das RAS com serviços que incluam intervenções de saúde pública, promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento oportunos, de reabilitação e de cuidados paliativos, tendo a atenção primária como porta de entrada e coordenadora do sistema de atenção à saúde².

A OPAS propõe que a Atenção Primária à Saúde (APS), resolva a maioria das necessidades de saúde da população com prestação de serviços especializados nos

lugares apropriados, especialmente em ambientes extra-hospitalares, com coordenação da atenção ao longo de todo o contínuo de cuidados. Preconiza que a atenção seja centrada nas pessoas, nas famílias e na comunidade, com sistema de governança participativo e único para toda a RAS, além de gestão integrada dos sistemas administrativos e da clínica, recursos humanos adequados e comprometidos e um sistema de informação vinculando todos os componentes das redes. Outro fator relevante é o financiamento adequado por meio de incentivos financeiros alinhados aos objetivos das redes integradas de serviços de saúde e com ação intersectorial¹.

Baseada nesses atributos, a OPAS conceituou redes integradas de serviços de saúde como uma rede de organizações que presta serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos^{1,2}.

No Brasil o conceito de RAS vem sendo elaborado desde a reforma sanitária, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). O artigo 198 da Constituição Federal de 1988 propõe ações integradas em saúde ao estabelecer que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, pautado nas diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade”³.

A RAS foi oficialmente instituída pelo Ministério da Saúde pela Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, com diretrizes para sua implementação e definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”⁴.

No âmbito do SUS, as RAS são definidas como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, articulados para garantir atenção integral e

continuada à saúde de determinada população, vinculados por uma missão única e objetivos comuns, com ação cooperativa entre os diferentes componentes, relacionando-se de forma horizontal, visando à integração, atenção humanizada, coordenadas pela APS com responsabilidades sanitárias e econômicas por sua população⁵⁻⁷.

Os objetivos das RAS são melhorar a qualidade da atenção e a qualidade de vida dos usuários, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde. Há, entretanto, uma incoerência entre as condições de saúde e o sistema de atenção, constituindo o problema fundamental do SUS. A superação desse paradigma envolve a implantação das RAS e reorientação do sistema. Desse modo, as RAS devem ser constituídas de três elementos fundamentais: uma população e suas regiões de saúde, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde⁷⁻⁹.

A população é a grande razão da existência da RAS, que a tem sob sua responsabilidade sanitária e econômica, destacando a atenção baseada na população como sua característica essencial. Assim, a definição da população adscrita, assim como a construção social de territórios, são pré-requisitos para implantação da RAS, sob a responsabilidade da APS como coordenadora e grande conhecedora da população. Essa população vive em territórios singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada em subpopulações por riscos sociais e sanitários, subdividida em subpopulações por fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde. O complexo conhecimento da população de uma RAS está estruturado em: territorialização; cadastro das famílias; classificação por riscos sociais e sanitários; vinculação à APS e equipe do Programa de Saúde da Família (PSF);

identificação de subpopulações com fatores de risco; identificação de subpopulações com condições muito complexas⁷.

A estrutura operacional das RAS é constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses nós. Apresenta cinco componentes: APS como centro de comunicação; pontos de atenção à saúde secundários e terciários; sistemas de apoio (diagnóstico e terapêutico, farmacêutico e de informação); sistemas logísticos (cartão de identificação, prontuário, sistema de regulação e transporte) e o sistema de governança. Os três primeiros correspondem aos nós das redes e, o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós⁷.

O Modelo de Atenção à Saúde organiza o funcionamento das RAS em um sistema lógico que articula as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias necessárias. Assim, sua definição é amparada na visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. É diferenciado por modelos de atenção às condições agudas e às condições crônicas, variando em função da natureza singular dessas condições de saúde, com distribuição equilibrada da população usuária por todos os seu pontos de atenção, de acordo com seus riscos⁷.

Evidências apontam que a boa utilização de recursos e a constituição de RAS em diversos países apresentam relação com menor número de internações, maior satisfação dos usuários e melhor qualidade da assistência, além de maior cooperação entre gestores de diferentes serviços^{9,10}.

Desse modo, as RAS devem ser implantadas levando-se em consideração a realidade territorial e as condições de saúde, com suas ações e estruturas atuando sobre sua população, que representa a mais importante dimensão de sua existência.

O Ministério da Saúde (MS) considera as seguintes dimensões para implantação e organização das RAS: territorialização, modelo de atenção, intersetorialidade, planejamento estratégico integrado, modelo de cogestão, financiamento conjunto intergovernamental, modelo de governança, participação e controle social¹¹.

Em 2012, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), considerou as RAS fundamentais para a coordenação e integração dos serviços e das ações para a integralidade e qualidade da atenção à saúde da população. Organizou em Brasília o “Seminário Internacional: Atenção Primária à Saúde, Acesso Universal e Proteção Social”, juntamente com a “Primeira Mostra Nacional de Experiências: O Estado e as Redes de Atenção à Saúde”, que reuniu as experiências dos Estados com a organização regional dos serviços de saúde ao demonstrar os avanços e dificuldades para se constituir e organizar redes, produzindo um importante diagnóstico dos estágios de implantação inicial das redes estaduais no Brasil¹².

Cabe ressaltar que a implantação das RAS representa um importante passo para se garantir o princípio da integralidade estabelecido na Constituição Federal de 1988, que se materializa por meio da integração das ações e dos serviços de saúde nos diversos territórios, propostos de forma regional, com base territorial na APS. As RAS podem ser baseadas em vários temas da atenção, que têm singularidades no seu modo de articular o cuidado nos diferentes patamares tecnológicos. Por várias razões, pode ser mais fácil a implantação de determinados temas em diferentes regiões, o que facilita, ao longo do tempo, a expansão para o conjunto integral da assistência. Essa forma de organização pode ser chamada de redes temáticas ou também linhas de cuidado temáticas¹².

Acredita-se que as redes temáticas tenham capacidade indutora de determinados temas para a organização do conjunto das RAS. São exemplos de

redes temáticas de implantação mais recentes no Brasil: a Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Urgências e Emergências, Rede de Atenção aos Idosos, Rede de Atenção às Condições Crônicas e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. A construção de linhas de cuidado, desenhando o itinerário terapêutico do usuário na RAS, fornece referência para as ações e serviços que devem ser garantidos, constituindo-se como importante instrumento de trabalho da gestão e assistência¹¹⁻¹³.

Diferentes autores vêm se dedicando à pesquisa das RAS no Brasil, investigando seus aspectos especializados e assistenciais alcançados com a implantação de redes temáticas regionalizadas. Tais estudos indicam a necessidade de políticas municipais de monitoramento e avaliação para efetivação da implantação e operacionalização dessas RAS, de fortalecimento da APS e das ações que ocorrem neste nível de atenção à saúde e da formação de recursos humanos em saúde para o desenvolvimento das RAS. E o vínculo empregatício precário é apontado como um dos principais empecilhos ao pleno desenvolvimento das redes, marcado pela rotatividade dos profissionais e enfraquecimento das ações, e dos benefícios alcançados como a implantação e o trabalho em Redes de Atenção à Saúde¹⁴⁻¹⁹.

Ainda entre os fatores que influenciam a implantação e integração das RAS, as questões loco-regionais, sociodemográficas, as barreiras geográficas, longos deslocamentos, aspectos culturais e condições de investimento em saúde da região são apontados como importantes desafios, e podem interferir significativamente na acessibilidade aos serviços¹⁶.

2.2 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A OMS, em parceria com o Banco Mundial, editou em 2011 o Relatório Mundial sobre a Deficiência com o objetivo de estabelecer um diagnóstico da situação das pessoas com deficiência no mundo. O relatório apontou que a maioria das grandes famílias possui um familiar com deficiência, e muitas pessoas sem deficiência assumem a responsabilidade de prover suporte e cuidar de parentes e amigos com deficiências. Diante desse quadro, a OMS se propõe a fomentar medidas para melhorar a acessibilidade e igualdade de oportunidades, promover a participação e inclusão, e elevar o respeito pela autonomia e dignidade das pessoas com deficiência. O Relatório Mundial sobre a Deficiência mostra os passos necessários para melhorar a participação e inclusão das pessoas com deficiência, visando contribuir para a adoção de ações em todos os níveis e setores, e dessa forma promover o desenvolvimento econômico e social e os direitos humanos das pessoas com deficiência em todo o mundo²⁰.

Em seu conceito, a OMS estabelece que a deficiência faz parte da condição humana. Quase todas as pessoas terão uma deficiência temporária ou permanente em algum momento de suas vidas, e aqueles que sobreviverem ao envelhecimento enfrentarão dificuldades cada vez maiores com a funcionalidade de seus corpos. Historicamente, as pessoas com deficiência eram atendidas por meio de soluções segregacionistas, em instituições de abrigo e escolas especiais, e agora as políticas devem ser implementadas em prol da comunidade e da inclusão²⁰.

De acordo com os resultados apresentados pelo Censo 2010, 24% da população brasileira possui algum tipo de deficiência, reforçando a importância do

aprimoramento e ampliação de políticas públicas destinadas à saúde das pessoas com deficiência em nosso país²¹.

Já a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013 demonstrou que dos 200,6 milhões de pessoas residentes em domicílios particulares permanentes, 6,2% dos brasileiros declararam apresentar algum tipo de deficiência, auditiva, física, mental ou visual, com suas variações de severidade²².

A PNS evidenciou que 0,8% da população brasileira declarou possuir deficiência intelectual, sendo a menos frequente entre as quatro pesquisadas, 1,3% declarou possuir deficiência física, 1,1% da população do país declarou possuir deficiência auditiva e a deficiência visual foi a mais representativa na população, com proporção de 3,6%²².

Um dado importante da PNS diz respeito ao uso de serviços de reabilitação compostos por equipes multiprofissionais e de assistência interdisciplinar em saúde por esta população. Das pessoas com deficiência intelectual, 30,4% indicaram frequentar algum serviço de reabilitação, sendo a mais frequente entre as quatro deficiências investigadas, seguidos de 18,4% das pessoas com deficiência física, 8,4% com deficiência auditiva e apenas 4,8% com deficiência visual, o menor percentual dentre as deficiências pesquisadas²².

As diferenças de estimativas encontradas nos resultados do Censo e da PNS devem-se às diferenças metodológicas, conceitos e critérios adotados. Ressalta-se, que, apesar dessas diferenças, o percentual de pessoas com deficiência no país é alto e merece atenção especial^{21,22}. Com a disponibilização dessas bases de dados, o IBGE e o MS ampliaram consideravelmente o conhecimento sobre as características de saúde da população brasileira, oferecendo às instâncias executivas e legislativas,

aos gestores, profissionais e pesquisadores informações necessárias à formulação, acompanhamento e avaliação das políticas públicas para esse importante setor^{21,22}.

Nessa perspectiva, em novembro de 2011, foi lançado o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, pelo Decreto Presidencial Nº 7.612, com o objetivo de implementar iniciativas e intensificar ações existentes em benefício da pessoa com deficiência. O plano foi desenvolvido por 15 ministérios com a participação do Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência (CONADE) e contribuições da sociedade civil, envolvendo todos os entes federados²³.

Dessa forma o Brasil ressaltou seu compromisso com as prerrogativas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização Das Nações Unidas (ONU), avançando nos apoios necessários ao pleno e efetivo exercício da capacidade legal por meio de políticas governamentais intersetoriais de acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade, valorizando o protagonismo e as escolhas das pessoas com deficiência²⁴.

Diante desse novo paradigma, o MS assumiu papel central no Plano Viver Sem Limite (PVSL) ao considerar a saúde da pessoa com deficiência como prioridade, e ao estabelecer uma agenda estruturante com objetivo de mudar o cenário anterior, em que a saúde da pessoa com deficiência recebia atenção fragmentada e ações pontuais, com oferta de serviços isolados, por tipo de deficiência e sem nexos com os princípios da integralidade, equidade e universalidade preconizados^{23,24}.

A instituição da RCPD, no âmbito do SUS, pela Portaria GM/MS nº 793/2012, representou uma importante resposta às demandas históricas dessa população, constituindo-se como marco fundamental para criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência, garantindo o trabalho em RAS. Assim, a RCPD conta com a organização de serviços regionalizados e ações

intersetoriais para garantir a integralidade no cuidado, organizados nos componentes da atenção básica, atenção especializada em reabilitação e atenção hospitalar e de urgência e emergência²⁵.

Assim o MS assegurou a ampliação e diversificação de serviços para a atenção às pessoas com deficiência. Essa nova lógica de organização representa uma grande conquista na construção de políticas públicas mais humanizadas, centradas nas necessidades das pessoas, variando as estratégias de cuidado, com a visão de cuidado integral e assistência multiprofissional na lógica interdisciplinar^{24,25}.

Há agora uma ênfase no desenvolvimento de atividades no território que favoreçam a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania, serviços de base territorial e comunitária, participação e controle social e organização articulada dos serviços em Rede de Atenção à Saúde regionalizada. Considerar as especificidades inerentes e indispensáveis à garantia da equidade na atenção, tais como acessibilidade, comunicação e manejo clínico favorece a criação de medidas de prevenção e redução do ritmo da perda funcional, melhora ou recuperação da função e medidas de compensação da função perdida e de manutenção da função atual^{24,26}.

A RCPD foi instituída em Minas Gerais pela Deliberação CIB-SUS-MG nº 1272/2012. Sua estruturação segue as diretrizes do MS, com três componentes: Atenção Básica (Atenção Odontológica e Núcleo de Apoio à Saúde da Família - NASF); Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia, Múltiplas Deficiências e Saúde Bucal; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência²⁷.

O componente da atenção primária à saúde tem como ponto de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS), contando com o apoio das equipes dos NASF e

atenção à saúde bucal em conjunto com as Equipes de Saúde da Família (ESF). Atuam principalmente nas estratégias de promoção, prevenção, ações educativas e informativas à saúde, para a prevenção de deficiências em todas as fases do ciclo de vida da população, além da identificação e intervenção precoce por meio de ações básicas de habilitação, reabilitação e acompanhamento, encaminhamento, visitas domiciliares, orientação e aconselhamento. Participam também do apoio matricial e do desenvolvimento de ações intersetoriais com escolas, empresas, creches e pastorais para a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência^{26,27}.

A atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia, saúde bucal e em múltiplas deficiências conta com os seguintes pontos de atenção: os habilitados em apenas uma modalidade de reabilitação; Centros Especializados em Reabilitação (CER); e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os estabelecimentos de saúde habilitados em apenas uma modalidade de serviço de reabilitação (auditiva, física, intelectual, visual, ostomia ou múltiplas deficiências) até a data de publicação da portaria ministerial e Deliberação da SES-MG, passaram a compor a RCPD-MG^{26,27}.

Estes pontos de atenção do componente da Atenção Especializada em Reabilitação constituem-se como serviço de referência de acesso regulado, funcionado em base territorial, fornecendo atenção especializada às pessoas com deficiência, constituindo-se como lugar de cuidado e proteção para usuários, familiares e acompanhantes nos processos de reabilitação, incluindo indicação, adaptação e concessão de dispositivos e tecnologia assistiva, buscando a autonomia e o máximo de independência em diferentes aspectos da vida^{26,27}.

O CER é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação, que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se como referência para a RAS no território, e é habilitado e organizado por modalidades de acordo com as necessidades de cada região e conforme pactuação no Plano de Ação, apresentando-se da seguinte forma:

1) **Serviço de Atenção à Saúde Auditiva (SASA):** responsável pela avaliação e acompanhamento multiprofissional, diagnóstico, exames audiológicos, adaptação de tecnologia assistiva, habilitação e reabilitação de pessoas com deficiência auditiva. Os SASA são classificados como média ou alta complexidade dependendo da faixa etária atendida, do tipo e da complexidade dos procedimentos realizados. Fonoaudiólogos, otorrinolaringologistas, assistentes sociais, psicólogos, neurologistas e pediatras integram a equipe mínima desse serviço;

2) **Serviço de Reabilitação Visual (SRV):** responsável pela avaliação e acompanhamento multiprofissional, diagnóstico, exames oftalmológicos, adaptação de tecnologia assistiva, habilitação e reabilitação de usuários com deficiência visual. Oftalmologistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, pedagogos, psicólogos, assistentes sociais e técnicos de orientação e mobilidade integram a equipe mínima;

3) **Serviço de Reabilitação Física (SRF):** responsável pela avaliação e acompanhamento multiprofissional, diagnóstico, adaptação de tecnologia assistiva, habilitação e reabilitação de usuários com deficiência motora. Os SRF são classificados como SRF intermediário ou SRF medicina física e reabilitação. Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, ortopedistas, fisiatras, assistentes sociais, enfermeiros, nutricionistas e psicólogos integram a equipe mínima;

4) **Serviço de Atenção à Saúde ao Paciente Ostomizado (SASPO):** responsável pela avaliação e acompanhamento multiprofissional, com ênfase na orientação do autocuidado, prevenção de agravos e complicações nas ostomias, adaptação de tecnologia assistiva, habilitação e reabilitação de usuários ostomizados. Médicos clínicos gerais ou proctologistas ou urologistas ou cirurgiões gerais ou gastroenterologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e nutricionistas integram a equipe mínima;

5) **Serviço Especializado em Reabilitação da Deficiência Intelectual (SERDI):** responsável pela avaliação e acompanhamento multiprofissional, diagnóstico, habilitação e reabilitação de usuários com deficiência intelectual. O SERDI é classificado como SERDI I e SERDI II. Fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, clínicos gerais ou pediatras, neurologistas ou psiquiatras, assistentes sociais e psicólogos integram a equipe mínima;

6) **Centro Especializado em Reabilitação (CER):** responsável pela avaliação e acompanhamento multiprofissional, diagnósticos, adaptação de tecnologia assistiva, habilitação e reabilitação de usuários com deficiências, conforme habilitação pelo Ministério da Saúde. Os CER são classificados como CER II, III ou IV e constituem-se como serviços de referência da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. De acordo com a modalidade de reabilitação, integram as equipes mínimas os médicos, enfermeiros, nutricionistas, técnicos de orientação e mobilidade, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e psicólogos. Os serviços de ostomias e as oficinas ortopédicas estão vinculados aos CER com modalidade de reabilitação física.

A atenção hospitalar e de urgência e emergência tem como principais objetivos os cuidados de reabilitação em regime hospitalar por meio de leitos em hospitais

gerais ou especializados para garantir a recuperação clínica e funcional e a reabilitação integral e intensiva da pessoa com perda transitória ou permanente de autonomia potencialmente recuperável, de forma parcial ou total. A RCPD tem o grande desafio de promover a integração das equipes multidisciplinares da atenção hospitalar com as equipes de atenção domiciliar, atenção primária, centros de referência de reabilitação e outras equipes que atuam no território, permitindo a efetivação da integralidade da assistência e continuidade do cuidado. Os profissionais inseridos nesse nível de atenção devem se responsabilizar pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência^{26,27}.

A composição da equipe, quantitativo e dimensionamento multiprofissional por componente especializado considera o estabelecido para cada modalidade de reabilitação e suas possibilidades de combinações para o CER II, III ou IV, conforme previsto nos Instrutivos de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual e Visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade) e inclui os serviços de apoio à Pessoa com Ostomia e as Oficinas Ortopédicas e serviço de Atenção à Pessoa com Transtornos do Espectro do Autismo²⁶.

Esse instrutivo estabelece referência para composição de equipe mínima por modalidade de reabilitação, assegurando o trabalho interdisciplinar das equipes multiprofissionais, conforme apresentado abaixo:

1) **Reabilitação Auditiva:** médico otorrinolaringologista, fonoaudiólogo, psicólogo e assistente social;

2) **Reabilitação Física:** médico ortopedista e traumatologista ou neurologista ou fisiatra, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta

ocupacional. Poderão também ser inseridos o assistente social, técnico de enfermagem e nutricionista;

3) **Reabilitação Intelectual e do Transtorno do Espectro do Autismo:** médico neurologista ou psiquiatra, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional. Poderão também ser inseridos o pedagogo, assistente Social e nutricionista.

4) **Reabilitação Visual:** médico oftalmologista, fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional. Poderão ainda ser inseridos o ortoptista, protético ocular, tecnólogo oftálmico, pedagogo e assistente social;

5) **Oficina Ortopédica:** técnico ortopédico e sapateiro ortopédico, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional;

A RCPD-MG teve seu Plano de Ação aprovado pela Deliberação CIB-SUS/MG Nº 1.545 de 21 de agosto de 2013, constituindo-se como instrumento fundamental que traçou metas, estabeleceu diretrizes e pactuou a distribuição dos serviços no território de MG, alinhado com o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de MG. O PDR dividiu o Estado em 13 Regiões Ampliadas de Saúde e 77 Regiões de Saúde, conforme Deliberação CIB/SUS-MG nº 1.219, de 21 de agosto 2012. Foram estabelecidas, então, referências para a organização dos serviços conforme a densidade tecnológica por nível e as necessidades em cada região do Estado, que possui 853 municípios, extensão territorial de 586.528,293km² e população estimada de 21.199.536 habitantes segundo dados do IBGE de 2017²⁸. O objetivo desse plano é garantir o acesso dos cidadãos a todos os níveis de assistência e com atendimento o mais próximo possível de sua residência, conforme o conjunto de ações e serviços necessários à solução de seus problemas de saúde, com otimização dos recursos financeiros²³.

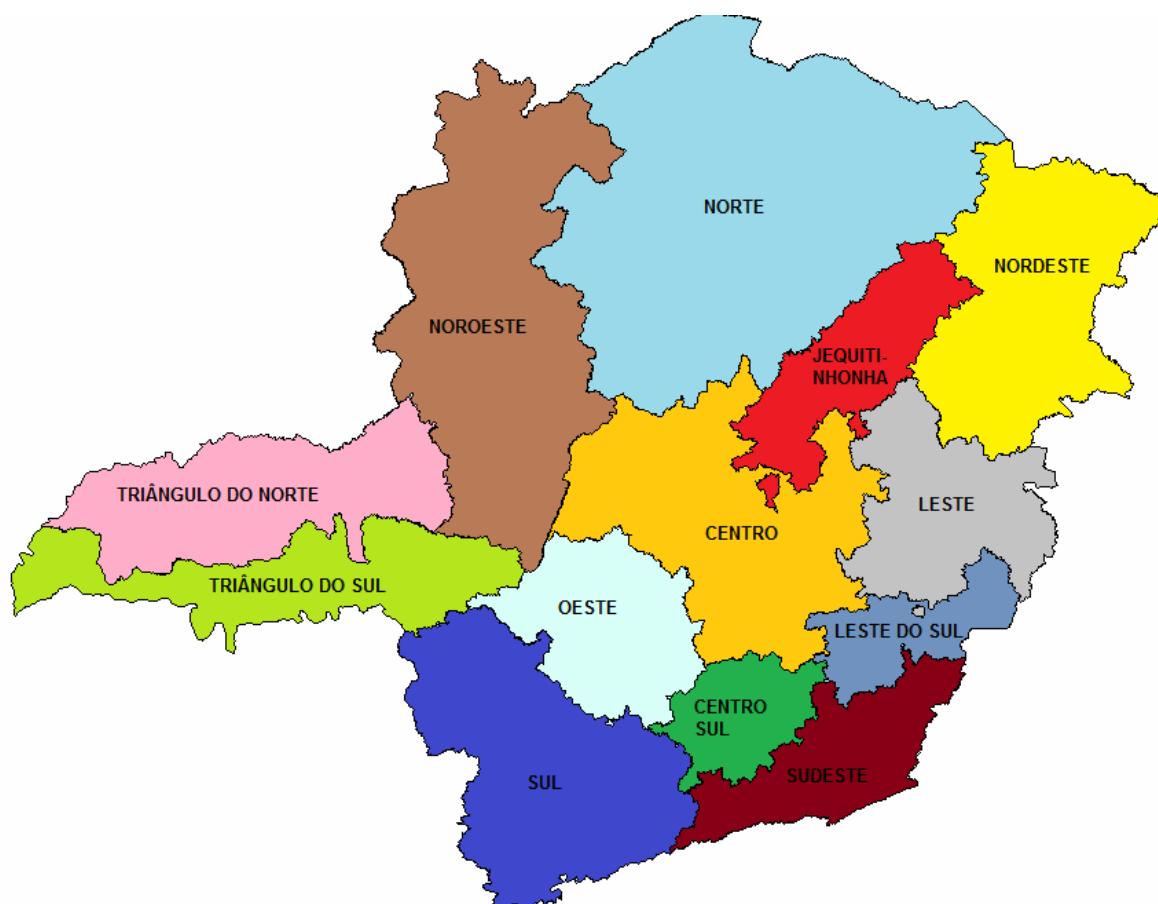


Figura 1. Plano Diretor de Regionalização de Minas Gerais

Fonte: Secretaria do Estado de Minas Gerais

Dessa forma, foi definido no PDR que as pessoas devem encontrar, minimamente, serviços de atenção primária em seu município de origem e de atenção secundária dentro da região de saúde a que pertence, recorrendo às Regiões Ampliadas de Saúde apenas para procedimentos de alta complexidade. O documento definiu, ainda, que as Comissões Intergestores Regionais (CIRs) e as Comissões Intergestores Regionais Ampliadas (CIRAs) constituem-se como foros interfederativos regionais de negociação e pactuação de matérias relacionadas à organização e ao funcionamento das ações e serviços de saúde integrados em Rede de Atenção à Saúde. Essas comissões são muito importantes para um Estado marcado por

desigualdades socioculturais, demográficas e operacionais, que representam um desafio complexo para implantação e integração das redes ^{29,30}.

A gestão e a regulação assistencial também foram asseguradas por essa Deliberação e Plano de Ação da RCPD junto à Coordenação de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (CASPD) da SES-MG e seu Sistema de Regulação Assistencial, com objetivo de garantir de forma equânime o acesso da população aos serviços de saúde^{27,31}. Desse modo instituíram-se as Juntas Reguladoras da RCPD-MG, com suas atribuições asseguradas na Deliberação CIB-SUS-MG n° 2003 de 09 de dezembro de 2014, importante estratégia de regulação, acompanhamento, fiscalização, controle e avaliação. As Juntas Reguladoras trabalham para garantir o acesso regulado, organização dos fluxos assistenciais, monitoramento dos serviços do componente especializado, visando a qualidade da atenção, a integralidade do cuidado, humanização e qualidade de vida das pessoas com deficiência³¹.

2.3 Avaliação das Redes de Atenção à Saúde

Diante da necessidade de avaliar o grau de integração das RAS e da importância desses resultados para a gestão, com a possibilidade de realizar ajustes e intervenções em áreas críticas de desempenho, a OPAS, em 2008, apresentou sua proposta de avaliação das RAS, abrangendo desde uma situação hipotética de absoluta fragmentação dos serviços até uma situação de absoluta integração para definir três níveis de integração: sistemas fragmentados, sistemas parcialmente integrados e sistemas integrados¹. Para a OPAS, os atributos que conformam os sistemas de atenção à saúde e que devem ser avaliados são: população e território, oferta de serviços, primeiro nível de atenção, atenção especializada, coordenação

assistencial, tipo de cuidado, governança do sistema, gestão, recursos humanos, sistemas de informação, financiamento e vínculo com outros setores^{1,31}.

Torna-se fundamental a utilização de uma metodologia na avaliação e diagnóstico do grau de integração ou fragmentação em que se encontram as Redes de Atenção à Saúde. Dessa forma, criou-se o questionário de “Avaliação das Redes de Atenção à Saúde”, um instrumento de avaliação das redes em suas diferentes dimensões, para identificação de áreas críticas do desempenho, para subsidiar a implementação de programas de desenvolvimento institucional e clínico para seu fortalecimento. O autor destaca a importância de se utilizar uma metodologia de avaliação das RAS que possa ser aplicada como linha base e, periodicamente, verificar se o grau de integração dessas redes estão se movendo em direção a estabilidade, involução ou evolução^{1,32,33}.

O instrumento avalia o grau de integração das RAS nas dimensões da população, da APS, dos pontos de atenção secundários e terciários, dos sistemas de apoio, sistemas logísticos, sistema de governança e do modelo de atenção à saúde. Pode ser aplicado no conjunto de instituições ou numa rede temática, possibilitando a revisão das questões relativas aos pontos de atenção primária, secundária e terciária para adequá-los a uma rede específica, como a Rede de Atenção à Saúde Bucal ou as Rede da Pessoa com Deficiência e Reabilitação^{1,32-35}.

A aplicação do instrumento apresenta duas finalidades:

- 1) Permitir a definição, em determinado tempo, do grau de integração das RAS em sistema fragmentado, rede em estágio inicial, rede em estágio avançado e rede integrada;

2) Proporcionar uma análise horizontal de cada questão para a construção de um plano de desenvolvimento institucional para a integração do sistema de atenção à saúde avaliado.

O questionário de “Avaliação das Redes de Atenção à Saúde” está estruturado no conceito de RAS elaborado pelo autor, com suas concepções teóricas e operacionais. Propõe-se a investigar os elementos que compõem as dimensões da população, como: se há uma população claramente definida sob responsabilidade da RAS. Em relação aos pontos de atenção primários, avalia se a APS tem claro o seu papel de responsabilização por sua população adscrita, investiga se há uma articulação entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários e se há no desenho da RAS um movimento de substituição hospitalar¹.

Nos sistemas de apoio investiga questões da assistência farmacêutica, e se a seleção dos medicamentos é feita de acordo com as linhas guias. No sistema logístico, avalia se há registro de base populacional único que integre informações epidemiológicas e gerenciais. E para o sistema de governança, considera a existência de uma estrutura organizacional de governança da RAS¹. No modelo de atenção à saúde, avalia se há um modelo de atenção à saúde claramente definido, e o conhecimento geral da APS, dos pontos de atenção secundários e terciários. Utiliza um sistema de pontuação que possibilita classificar a rede em relação à sua capacidade de operar em quatro categorias: incapacidade, capacidade básica, capacidade razoavelmente boa e capacidade ótima para operar RAS¹.

A literatura também aponta achados sobre o desempenho de diferentes redes no SUS, evidenciando a importância de se avaliar as RAS. Um desses estudos analisou a Rede de Atenção à Saúde Auditiva nas microrregiões de Curvelo e Sete Lagoas, em Minas Gerais, e investigou o percurso assistencial, acesso e satisfação

na perspectiva do usuário nos anos de 2011 e 2012. O estudo revelou que a maioria dos usuários relatou estar satisfeita com a assistência prestada, bem como teve suas expectativas atendidas mesmo diante de barreiras, como o baixo encaminhamento pela APS³⁵⁻³⁷.

3.4 Referências

1. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de Atenção à Saúde: contextualizando o debate. *Cienc Saude Coletiva*. 2010;15(5):1413-8123.
3. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHA, Winck DR, Meireles BHS, Mello, ALSF. Redes de atenção à luz da teoria da complexidade. *Esc Anna Nery*. 2015;19(1):169-73.4.
4. MS: Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010: Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. [cited 2016 Set 27]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html.
5. Lancman S, Mângia EF. A estratégia das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Rev Ter Ocup*. 2012;23(3):i-ii.
6. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2010;15(5):2297-305.
7. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família. Brasília (DF): Organização Pan-Americana de Saúde; 2012.
8. Albuquerque MV, Viana ALA. Perspectivas de região e redes na política e saúde brasileira. *Saúde Debate*. 2015;39:28-38.
9. Gomes RM. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a Organização Necessária e a Organização Atual. *Saúde Debate*. 2014;38(103):938-52.
10. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc Saúde Coletiva*. 2011;16(6):2753-62.
11. Faria R. O Território e as Redes de Atenção à Saúde: intercambiamentos necessários para uma integração das ações do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. *Bol Geogr*. 2014;32(2):173-91.
12. CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. O estado e as Redes de Atenção à Saúde: 1ª Mostra Nacional de Experiências/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. [cited 2016 Set 27]. Available from: http://www.conass.org.br/conassdocumenta/conassdocumenta_25.pdf
13. Magalhães Junior HM. Redes de Atenção à Saúde: rumo a integralidade. *Rev Divulg Saúde Debate*. 2014;52:15-37.
14. Tszesnnioski LC, Nóbrega KB, Lima MLLT, Fagundes VLD. Construindo a Rede de Cuidados em Saúde Mental Infantojuvenil: intervenção no território. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2015;20(2):363-70.

15. Gryscek ALFP, Nichiata LYI, Fracoli LA, Oliveira MAF, Pinho PH. Tecendo a rede de atenção à saúde da mulher em direção à construção da linha de cuidado da gestante e puérpera, no Colegiado de Gestão Regional do Alto Capivari - São Paulo. *Saúde Soc.* 2014;23(2):689-700.
16. Torres SFS, Belisário AS, Melo EM. A Rede de Urgência e Emergência da Macrorregião Norte de Minas Gerais: um estudo de caso. *Saúde Soc.* 2015;24(1):361-73.
17. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA ,et al. Atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma visão integrativa. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2014;19(2):343-52.
18. Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Morais AJDM, Moreira KS, Rodrigues CAQ, et al. Recursos Humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde Debate.* 2014;38(100):26-34.
19. Carneiro MGD, Pinto JR, Pedrosa KA, Santos PF, Catania PAG. Processo de Construção de Redes de Atenção à Saúde na 16ª Região de Saúde do Ceará. *SANARE.* 2014;13(2):42-9.
20. OMS: Organização Mundial de Saúde. The World Bank. Relatório mundial sobre a deficiência. Trad. Lexicus Serviços Linguísticos. São Paulo (SP): EDPcD; 2012.
21. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. [cited 2016 Set 27]. Available from: <http://censo2010.ibge.gov.br/>.
22. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. [cited 2016 Set 27]. Available from: <ftp://ftp.ibge.gov.br/PNS/2013/pns2013.pdf>
23. BRASIL: Presidência da República. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011: Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. [cited 2016 Set 27]. Available from: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm.
24. Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface.* 2015;19(52):207-10.
25. MS: Ministério da Saúde. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. [cited 2016 Set 27]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
26. MS: Ministério da Saúde. Área técnica de saúde da pessoa com deficiência. Instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual. Referência Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012. [cited 2016 Set 27]. Available from: <http://www.cosemssp.org.br/downloads/instrutivo-portaria-deficientes.pdf>.
27. SES-MG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS-MG nº1272 de 24 de outubro de 2012: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS-MG e dá outras providências. [cited 2016 Set 27]. Available

from: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao-1272redesdecuidadosPessoacomdeficiencia.pdf>.

28. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estimativa da População 2017. [cited 2016 Set 27]. Available from: <https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=311300&idtema=130>.

29. SES-MG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS-MG nº 1.545, de 21 de agosto de 2013. Aprova o Plano de Ação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS-MG. [cited 2016 Set 27]. Available from: <http://saude.mg.gov.br/images/documentos/Del%201545%20-%20Plano%20de%20a%C3%A7%C3%A3o.pdf>.

30. SES-MG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS-MG nº 1.219, de 21 de agosto de 2012. Institui as Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) para o estado de Minas Gerais, e dá outras providências. [cited 2016 Set 27]. Available from: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao%201.219%20-%20Regioes%20de%20Saude%20-%2021.8.12.pdf>.

31. SES-MG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB/SUS nº 2003, de 09 de dezembro de 2014. Institui as atribuições e diretrizes de funcionamento das Juntas Reguladoras da Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência do SUS-MG (RCPD) e dá outras providências. [cited 2016 Set 27]. Available from: <http://ws.mpmg.mp.br/biblio/informa/191220500.htm>

32. Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righi LB. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trab Educ Saúde*. 2013;11(2):395-409.

33. Leal DL, Paiva SM, Werneck MAF, Oliveira ACB. Adaptação da versão saúde bucal do instrumento de diagnóstico do estágio desenvolvimento da rede de atenção à saúde. *Cad Saúde Pública*. 2014;30(6):1341-7.

34. Holanda CMA, Queiroz ISA, Soares KA, Stolt LRO, Alves SB. O processo de construção da Rede da Pessoa com Deficiência no Estado da Paraíba: um breve relato de experiência. *Rev Bras Ciênc Saúde*. 2014;18(1):33-8.

35. Lima MLLT, Lima MLC. Avaliação da Implantação de uma Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por acidentes e Violência, 2009. *Epidemiol Serv Saude*. 2013;22(4):597-607.

36. Guia ACM, Neto RO, Escarce AG, Lemos SMA. Rede de Atenção à Saúde Auditiva: perspectiva do usuário. *Distúrb Comun*. 2016;28(3):473-82.

37. Friche AAL, Maciel FJ, Januário GC, Santos MFN, Neto RO, Lemos SMA. Análise espacial da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: um olhar regionalizado. In: *Anais do 22º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia: da promoção à reabilitação*; 2014 Out 8-11; Joinville, Santa Catarina. Brasília (DF): SBFa, 2014. p.530.

4. HIPÓTESE

A percepção dos gestores da atenção especializada em reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência de Minas Gerais sobre as dimensões da população, atenção à saúde primária, pontos de atenção à saúde secundários e terciários e sistemas logísticos permitirão a análise e identificação do grau de implantação e integração em que se encontra a rede.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Geral

Investigar a implantação e integração da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado de Minas Gerais segundo os componentes da população, pontos de atenção e sistemas logísticos, sob o olhar dos gestores envolvidos na assistência.

5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar a amostra de gestores quanto aos aspectos sociodemográficos, formação e atuação profissional;
- Descrever como os gestores avaliam e qualificam a população atendida quanto aos seus aspectos constitutivos, definidores e de territorialização;
- Descrever a percepção dos gestores quanto à oferta de serviços, processos de trabalho e protocolos utilizados dos pontos de atenção primária, secundária e terciária à saúde;
- Descrever a percepção dos gestores segundo os sistemas logísticos quanto à organização da informação (epidemiológicas e gerenciais), regulação e transporte sanitário;
- Caracterizar o grau de implantação da RCPD e analisar sua associação com os pontos de atenção, modalidades de serviços e divisão territorial do Estado.

6. MÉTODOS

Este estudo faz parte do Projeto de pesquisa “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais: perfil populacional, avaliação do acesso e da estrutura”, contemplado pelo Edital 14/2013 do Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde (PPSUS) MS/CNPq/FAPEMIG/SES-MG. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da UFMG sob o número CAAE 33703914.8.0000.5149 (Anexo 1).

6.1 Cenário do estudo

O cenário do estudo foi a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, instituída pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM/MS nº 793/2012¹, que garantiu a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência no âmbito do SUS.

Em Minas Gerais a implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi pactuada por meio das Deliberações CIB-SUS-MG nº 1272/2012 e Deliberações CIB-SUS-MG nº 1545/2013, com prerrogativas para garantia da integralidade do cuidado em saúde e descentralização de serviços em todas as regiões de saúde, conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) de Minas Gerais, que estabeleceu 13 Regiões Ampliadas de Saúde e 77 Regiões de Saúde, contemplando os 853 municípios do Estado.

À época da pesquisa, a RCPD de MG possuía um total de 209 serviços de reabilitação, distribuídos em 147 municípios, organizados em 59 Regiões de Saúde

das 13 Regiões Ampliadas de Saúde, compondo a rede de atenção especializada em reabilitação da RCPD-MG, conforme dados informados pela SES-MG.

No total foram visitados 36 serviços especializados em reabilitação, localizados nas 13 Regiões Ampliadas de Saúde, no período de abril a setembro de 2016.

6.2 Delineamento e amostragem

Trata-se de estudo observacional analítico do tipo transversal com amostra probabilística composta por gestores e trabalhadores que atuam nos pontos de atenção do componente especializado da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do Estado de Minas Gerais.

A amostra probabilística por conglomerado foi composta por gestores e trabalhadores das equipes da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais, realizada em dois estágios. No primeiro estágio foram sorteados os pontos de atenção baseados no cálculo amostral, e no segundo estágio foi selecionada a amostra de gestores.

O cálculo amostral foi realizado por meio de amostragem aleatória simples, estratificada pelas 13 Regiões Ampliadas de Saúde, proporcional à população de cada uma delas, nível de confiança de 95 e erro de 4%. Dentro de cada região de saúde foram sorteados os serviços, considerando a distribuição proporcional por modalidade: auditiva, visual, física, intelectual e ostomia. Em cada serviço sorteado os gestores foram convidados a participar do estudo, e na impossibilidade de participar, foram solicitados a indicar um trabalhador do serviço para responder ao questionário. A amostra do estudo foi composta por trabalhadores atuantes na gestão ou trabalhadores das equipes multiprofissionais dos serviços do componente

especializado em reabilitação responsáveis pela avaliação, diagnóstico, concessão de tecnologia assistiva, elaboração de PTI, habilitação e reabilitação das pessoas com deficiências. Dentre esses profissionais estão médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes sociais, musicoterapeutas, pedagogos, técnicos de enfermagem, tecnólogos oftálmicos, protéticos oculares e ortoptistas.

A coleta de dados foi realizada no próprio local de trabalho do participante da pesquisa, sob a forma de entrevista, em horários agendados, por bolsistas do PPSUS previamente instrumentalizados.

6.3 Critérios de inclusão

- Ser vinculado à RCPD de MG há 6 meses;
- Ser gestor da RCPD de MG;
- Ser trabalhador das equipes dos serviços de reabilitação da RCPD de MG indicado pelo gestor;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

6.4 Procedimentos e instrumentos de coleta de dados

Na etapa inicial foi realizado o mapeamento da RCPD considerando serviços habilitados ou credenciados pelo MS e pela SES-MG, posterior seleção e recrutamento dos participantes e obtenção da anuência por meio da assinatura do TCLE (Anexo 2).

Os instrumentos definidos para a coleta de dados foram o Roteiro para Caracterização do Gestor e o questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde.

O Roteiro de Caracterização do Gestor (Anexo 3) abrange os seguintes aspectos: profissão, idade, sexo, especialidade, pós-graduação, tempo de atuação profissional, tempo de atuação na rede, nível de atuação (atenção primária, secundária ou terciária), categorias profissionais que compõem a equipe do serviço, modalidade do ponto de atenção e região de saúde que está inserido.

Quanto ao questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde, (Anexo 3), trata-se de instrumento publicado², que visa avaliar o grau de integração das Redes de Atenção à Saúde. A aplicação do questionário apresenta duas finalidades: permitir a definição, em determinado tempo, do grau de integração das Redes de Atenção à Saúde (sistema fragmentado, rede em estágio inicial, rede em estágio avançado e rede integrada) e proporcionar, baseado em uma análise horizontal de cada questão, a construção de um plano de desenvolvimento institucional para a integração do sistema de atenção à saúde da rede avaliada.

Estruturado no conceito de RAS elaborado pelo autor, o questionário investiga as dimensões da população, dos pontos de atenção primários, secundários e terciários à saúde, dos sistemas de apoio, dos sistemas logístico, do sistema de governança e do modelo de atenção à saúde. Para o presente estudo, devido à importância para avaliação da RCPD e à limitação do tempo, foram selecionadas as dimensões da população, dos pontos de atenção à saúde e os sistemas logísticos, verificando seu grau de integração em rede através de suas questões avaliativas:

1) População: investiga questões relacionadas a responsabilidade, necessidades de saúde, estrutura operacional formatada em função das

necessidades, processo de territorialização, se há Plano Diretor de Regionalização com princípios de contiguidade territorial, subsidiariedade econômica e social, economia de escala, identidade cultural, fluxos assistenciais e acesso, territórios sanitários com escala para a oferta dos pontos de atenção à saúde secundários e terciários, adscrita a uma unidade de APS ou equipe de ESF cadastrada na APS por unidade familiar, classificadas por risco, subdividida por perfil demográfico, fatores de risco e condições de saúde estabelecidas;

2) Pontos de atenção primária, secundária e terciária à saúde: investigam questões relacionadas a responsabilização, regionalização, uso de sistemas de informação, relações, vínculos e interação entre equipes e usuários e níveis de atenção, fluxo assistencial, referenciamento, ações intersetoriais, existência de linhas guias, serviços ambulatoriais, hospitalares especializados, controle social, organização de APS que presta cuidados às condições agudas com classificação de risco, cuidados e acompanhamento de crianças, adolescentes, mulheres e idosos, cuidados às condições agudas segundo as linhas guias, oferta de hospitais dia, cirurgia hospitalar e internações domiciliares, leitos de longa permanência, cuidados paliativos, serviços hospitalares de nível terciário para às urgências e emergências, maternidades de alto risco para o cuidado às gestantes de alto risco, casa de apoio à gestante e à puérpera, serviços hospitalares de atenção terciária para cuidado às crianças, serviços hospitalares de atenção terciária operando com a APS, serviços hospitalares de nível secundário para os cuidados às urgência e emergências, se há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às urgências e emergências operando articulados com a APS, existência de serviços hospitalares de nível secundário com maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica e serviços ambulatoriais especializados para cuidados às mulheres e crianças atuando

integrados com APS, se há serviços ambulatoriais especializados de nível secundário para os cuidados aos cânceres, se há serviços especializados de nível secundário para acompanhamento de crianças, adolescentes e idosos operando integradamente com APS, se há serviços ambulatoriais e hospitalares de nível secundário para os cuidados à hipertensão, doenças cardiovasculares, diabetes, transtornos mentais, doenças renais, doenças respiratórias crônicas, HIV/aids e tuberculose integrados à APS, serviços ambulatorial especializados para os cuidados à hanseníase e doenças bucais e se operam de forma integrada à APS, linhas guias estabelecendo relações dos serviços ambulatoriais com a APS, instrumentos operacionais de contrarreferência à APS, modelagem de cada ponto de atenção à saúde ambulatorial ou hospitalar secundários segundo as linhas guias, se essa modelagem descreve a cartela de serviços, se implica na construção de protocolos clínicos relativos as intervenções mais relevantes;

3) Sistemas Logísticos: investiga questões relacionadas ao registro de base populacional e à existência de informações epidemiológicas e gerenciais, como base de dados única da população usuária, classificação em subpopulações por risco, existência de cartão de identificação dos usuários com identificação da família e do território sanitário, prontuário familiar eletrônico único, acessado nos diferentes pontos e nos sistemas de apoio e que integra informações da APS, exames de análises clínicas, patologia clínica, de imagens e assistência farmacêutica, se APS agenda intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada, atendimento hospitalar eletivo, exames de análises clínicas, imagem, se há um sistema de regulação das urgências e emergências com médico regulador, sistema de transporte integrado de urgências e emergências com suporte básico ou avançado, com módulo de transporte

para procedimentos eletivos, transporte de amostras de exames de análises clínicas, transporte de resíduos em saúde com veículos adequados e sistema de incineração.

O questionário apresenta um sistema de pontuação que permite verificar o estágio de desenvolvimento das RAS. Vale destacar que para o presente estudo foi realizada uma adaptação do escore por meio de regra de três simples, servindo de referência como ponto de corte e interpretação dos resultados para os três elementos avaliados no estudo (Quadro 1).

Quadro 1. Escore original² e adaptação para interpretação dos resultados do questionário de avaliação das RAS

ESCORE original	ESCORE adaptado	INTERPRETAÇÃO
0 a 130	0 a 69	Incapacidade para operação da RAS
131 a 260	70 a 139	Capacidade básica para operar RAS: rede de atenção à saúde incipiente
261 a 390	140 a 209	Capacidade razoavelmente boa para operar RAS: Rede de Atenção à Saúde avançada
391 a 522	210 a 279	Capacidade ótima para operar RAS: rede integrada de atenção à saúde

Também foram adotadas duas variáveis com o propósito de analisar estatisticamente a associação entre as regiões ampliadas de saúde, a saber:

1) Divisão estadual por fluxo de atendimento: o Estado de MG foi dividido em regiões Norte e Sul, tendo como critério para essa divisão as informações referentes à abrangência assistencial dos serviços e seus respectivos fluxos para atendimento nessa rede. Assim, ao Norte foram alocadas as Regiões Ampliadas de Saúde Nordeste, Leste, Jequitinhonha, Norte, Noroeste, Triângulo do Norte e Triângulo do

Sul, e ao sul foram alocadas as Regiões Ampliadas de Saúde Centro, Centro-Sul, Leste do Sul, Sudeste, Sul e Oeste(Quadro 2)⁴⁻⁶.

2) Divisão por Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM): essa divisão considerou a similaridade dos IDHM³. Desse modo, ao Norte foram alocadas as regiões ampliadas de saúde Nordeste, Leste, Jequitinhonha, Norte, Noroeste, e ao sul serão alocadas as Regiões Ampliadas de Saúde Centro, Centro-Sul, Leste do Sul, Sudeste, Sul, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul e Oeste. Essa divisão se justifica pelos resultados encontrados em estudo anterior no qual se observou distribuição desigual de serviços entre essas duas regiões(Quadro 2)⁴⁻⁶.

Quadro 2. Divisão territorial do estado de MG por fluxo assistencial e IDHM

Divisão do Estado MG	Fluxo Assistencial	IDHM
Norte	Nordeste Leste Jequitinhonha Norte Noroeste Triângulo do Norte Triângulo do Sul	Nordeste Leste Jequitinhonha, Norte Noroeste
Sul	Centro Centro-Sul Leste do Sul Sudeste Sul Oeste	Centro Centro-Sul Leste do Sul Sudeste Sul Triângulo do Norte Triângulo do Sul Oeste

6.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados foi realizada análise descritiva dos escores por eixo e do escore geral do instrumento, considerando a modalidade, os pontos de atenção à saúde e as regiões ampliadas por meio de distribuição de frequências absolutas e relativas. Para a descrição dos escores parciais e totais foram utilizadas medidas de tendência central, posição e dispersão.

Para a comparação dos escores por eixo e escore total segundo as modalidades, os pontos de atenção à saúde e as regiões, foram utilizados os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Já para comparações da classificação sobre a capacidade de operar a rede foi utilizado o teste Exato de Fisher. O software utilizado nas análises foi o R (versão 3.3.1). Os dados foram previamente digitados em planilha do programa Excel (versão 2016).

6.6 Referências

1. MS: Ministério da Saúde. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. [cited 2016 Set 27]. Available from:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html
2. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª ed. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
3. IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. [cited 2016 Set 27]. Available from:
<http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>
4. Guia ACM, Neto RO, Escarce AG, Lemos SMA. Rede de Atenção à Saúde Auditiva: perspectiva do usuário. *Distúrb Comun.* 2016;28(3):473-82.
5. Friche AAL, Maciel FJ, Januário GC, Santos MFN, Neto RO, Lemos SMA. Análise espacial da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: um olhar regionalizado. In: *Anais do 22º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia: da promoção à reabilitação; 2014 Out 8-11; Joinville, Santa Catarina.* Brasília (DF): SBFa; 2014. p. 530.
6. IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Estimativa da População 2017. [cited 2016 Set 27]. Available from:
<https://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?codmun=311300&idtema=130>.

7. RESULTADOS

Os resultados serão apresentados em forma de artigo, que será submetido à Revista CEFAC.

7.1 Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: análise da implantação e integração segundo a percepção de gestores do componente especializado em reabilitação

Raimundo de Oliveira Neto, Stela Maris Aguiar Lemos, Amélia Augusta de Lima Friche

7.1.1 Resumo

Objetivo: avaliar e analisar o grau de implantação e integração da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado de Minas Gerais na percepção dos gestores da atenção especializada em reabilitação. **Métodos:** estudo observacional, analítico e transversal com amostra probabilística composta por 35 gestores. Os serviços foram sorteados com base no cálculo amostral, e as entrevistas realizadas no período de abril a setembro de 2016. A coleta utilizou o questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde. **Resultados:** as Regiões de Saúde Centro e Centro Sul foram as mais frequentes dentre os serviços participantes (25,72%). A maioria dos entrevistados foi do sexo feminino (80,0%), com atuação predominantemente na atenção secundária à saúde (70,6%) na modalidade físico (51,4%). O vínculo empregatício mais frequente foi o contrato de trabalho (81,8%). A maioria dos entrevistados apontou a rede com capacidade básica e razoavelmente boa para

operar a RCPD (74,2%). Na comparação por regiões Norte e Sul, não houve diferença significativa por fluxo de atendimento e similaridade de IDHM. **Conclusão:** a percepção dos entrevistados indicou que a RCPD se encontra entre um sistema fragmentado e uma rede integrada. Os resultados podem contribuir para a elaboração de um plano de desenvolvimento institucional que intervenha nos pontos críticos, permitindo seu aprimoramento no sentido de uma rede integrada.

Descritores: Redes de Atenção à Saúde, Avaliação de Redes de Atenção à Saúde, Pessoas com Deficiência, Saúde da Pessoa com Deficiência.

7.1.2 Abstract

Purpose: to evaluate and analyze the degree of implementation and integration of the Care Network for the Person with Disabilities in Minas Gerais state under the perception of the managers of the specialized attention in rehabilitation. **Methods:** an observational, analytical and transversal study with a probabilistic sample composed of 35 managers. The services were randomly selected based on the sample calculation, and the interviews were carried out from April to September 2016. The collection used the Health Care Networks Assessment questionnaire. **Results:** The Center and South-Center Health Regions were the most frequent among the participating services (25.72%). The majority of respondents were female (80.0%), with a predominance of secondary health care (70.6%) in the physical modality (51.4%). The most frequent type of employment was the employment contract (81.8%). The majority of respondents pointed to the network as with basic and reasonably good capacity to operate RCPD (74.2%). In the comparison by North and South regions, there was no significant difference by flow of care and similarity of IDHM. **Conclusion:**

the interviewees' perception indicated that RCPD is between a fragmented system and an integrated network. The results can contribute to the elaboration of an institutional development plan that may intervene in critical aspects, allowing its improvement towards an integrated network.

Keywords: Health Care Networks, Health Care Networks Assessment, People with Disabilities, People with Disabilities' Health.

7.1.3 Introdução

A implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) em Minas Gerais iniciou-se em 2012, tendo sido estruturada de maneira a garantir o princípio da integralidade e fortalecer a integração em três componentes: Atenção Primária à Saúde, com a Equipe de Saúde da Família (ESF), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e Atenção Bucal; Atenção Especializada, constituída por Centros Especializados em Serviços de Reabilitação em modalidade única e Centros Especializados em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia, Múltiplas Deficiências e Saúde Bucal; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. A implantação e integração da rede representam um complexo desafio, marcado por diversidades socioculturais, demográficas e operacionais no território do Estado de Minas Gerais¹⁻³.

A implantação da RCPD significou um importante plano para disponibilizar serviços de saúde de forma contínua e especializada de acordo com as necessidades dessa população. A construção de linhas de cuidado que atravessam os diferentes pontos assistenciais em todos os níveis de atenção à saúde no território, com assistência multiprofissional e ação intersetorial, visa a inserção biopsicossocial e traz

consigo o grande desafio de garantir a integração por meio do trabalho articulado em rede^{1,4-6}.

A busca pela integração é resultado das reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária à Saúde (APS). Seu significado implica em coordenação entre os provedores dos serviços assistenciais para a criação de um autêntico sistema de saúde^{7,8}.

As estratégias de integração dos serviços, regulação e coordenação do cuidado, representadas por princípios como a descentralização, regionalização e integralidade, vêm se utilizando de planos de gestão, como as Regiões de Saúde, as Redes Temáticas, as Linhas do Cuidado e as Redes de Atenção à Saúde (RAS), fundamentais na implementação das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS)⁸⁻¹⁰.

Diante da relevância das diretrizes assistenciais da RCPD em Minas Gerais, torna-se necessário verificar o grau de implantação e integração dessa importante rede temática por meio da avaliação sistemática dos seus atributos e da análise dos seus resultados pela percepção dos gestores^{11,12}. A avaliação do grau de implantação e integração da RCPD pode subsidiar a gestão na implementação de um programa de desenvolvimento institucional e clínico para sua integração e fortalecimento, promovendo ajustes em suas áreas críticas de desempenho¹³⁻¹⁵.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo foi avaliar e analisar o grau de implantação e integração da RCPD no Estado de Minas Gerais na percepção dos gestores da atenção especializada em reabilitação e sua associação com os pontos de atenção, tipo de modalidade e divisão territorial do Estado.

7.1.4 Métodos

Trata-se de estudo observacional, analítico e transversal com amostra probabilística composta por gestores e trabalhadores que atuam nos pontos de atenção do componente especializado da RCPD: Serviços de Atenção à Saúde Auditiva (SASA), Serviços de Reabilitação Física (SRF), Serviços Especializados em Reabilitação da Deficiência Intelectual (SERDI), Serviços de Reabilitação Visual (SRV), Serviços de Atenção à Saúde da Pessoa Ostromizada (SASPO) e Centro Especializado em Reabilitação (CER)³. O presente estudo fez parte do Projeto de pesquisa “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais: perfil populacional, avaliação do acesso e da estrutura” e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais, sob o parecer ETIC913612.

A casuística do estudo foi definida por amostra probabilística por conglomerados, composta por gestores e trabalhadores das equipes da RCPD-MG, realizada em dois estágios. No primeiro estágio foram sorteados os pontos de atenção baseados no cálculo amostral, e no segundo estágio foi selecionada a amostra de gestores. O cálculo amostral foi realizado por meio de amostragem aleatória estratificada pelas 13 Regiões Ampliadas de Saúde, proporcional à população de cada uma delas. Dentro de cada Região de Saúde foram sorteados os serviços, considerando a distribuição proporcional por modalidade: auditiva, visual, física, intelectual e ostomia. O mapeamento da RCPD considerou serviços habilitados ou credenciados pelo Ministério da Saúde (MS) e pela Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

Os gestores convidados que não puderam participar realizaram indicação de trabalhadores, membros das equipes multiprofissionais dos serviços do componente

especializado em reabilitação, com conhecimento de gestão e rede, responsáveis pela avaliação, diagnóstico, concessão de tecnologia assistiva, elaboração de Plano Terapêutico Individualizado, habilitação e reabilitação das pessoas com deficiências para responderem o questionário. Dentre os profissionais, foram entrevistados médicos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes sociais, musicoterapeutas, pedagogos, técnicos de enfermagem, tecnólogos oftálmicos, protéticos oculares e ortoptistas.

A coleta de dados foi realizada por bolsistas instrumentalizados sob a forma de entrevista estruturada, individual e em horários previamente combinados no próprio local de trabalho do participante. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os critérios de inclusão no estudo foram: ser vinculado à RCPD-MG há no mínimo seis meses, ser gestor da RCPD-MG, ser trabalhador das equipes dos serviços de reabilitação da RCPD-MG indicado pelo gestor e assinar o TCLE. Foram entrevistados 35 profissionais, gestores e trabalhadores, dos 36 serviços visitados no período de abril a setembro de 2016. Um gestor se negou a responder à entrevista. À época da pesquisa, a RCPD-MG era composta por 209 serviços do componente especializado, distribuídos por 147 municípios, localizados em 59 regiões de saúde das 13 Regiões Ampliadas de Saúde de Minas Gerais.

Os instrumentos selecionados para a coleta de dados foram o Roteiro para Caracterização do Gestor, elaborado pelos autores, e o Questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde¹³.

O Roteiro de Caracterização do Gestor teve como objetivo identificar os seguintes aspectos: profissão, idade, sexo, especialidade, nível de atuação (atenção primária, secundária ou terciária), categorias profissionais que compõem a equipe do

serviço, modalidade do ponto de atenção, região de saúde em que está inserido e vínculo empregatício.

O questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde investigou os elementos da população, dos pontos de atenção primária, secundária e terciária à saúde, dos sistemas de apoio, dos sistemas logísticos, sistema de governança e do modelo de atenção à saúde. As questões foram pontuadas e o escore final possibilitou a classificação do grau de integração da rede, classificando-a em sistema fragmentado, rede em estágio inicial, rede em estágio avançado e rede integrada¹³.

O questionário pode ser aplicado no conjunto de instituições ou em uma rede temática, possibilitando rever as questões relativas aos pontos de atenção secundária e terciária para adequá-los a uma única rede como a RCPD^{13,15}.

Devido ao grande número de informações, para o presente estudo, foram selecionados os elementos da população e seus componentes constitutivos e definidores, pontos de atenção à saúde com sua responsabilização, atribuições e articulação e os sistemas logísticos com integração das informações. Portanto, foi realizada uma adaptação do escore por meio de regra de três simples, servindo de referência como ponto de corte e interpretação dos resultados para os três elementos avaliados no estudo. (Quadro 1).

Quadro 1. Escore original¹³ e adaptação para interpretação dos resultados do questionário de avaliação das RAS

ESCORE original	ESCORE adaptado*	INTERPRETAÇÃO
0 a 130	0 a 69	Incapacidade para operação da RAS
131 a 260	70 a 139	Capacidade básica para operar RAS: rede de atenção à saúde incipiente
261 a 390	140 a 209	Capacidade razoavelmente boa para operar RAS: Rede de Atenção à Saúde avançada
391 a 522	210 a 279	Capacidade ótima para operar RAS: rede integrada de atenção à saúde

Adotaram-se como variáveis resposta: o grau de integração da RCPD dado pelos escores e a respectiva classificação final. Como variáveis explicativas foram utilizadas: divisão territorial do Estado por Região Ampliada de Saúde, nível de atenção à saúde e modalidades de serviços da atenção especializada.

Para a análise das informações, foram consideradas duas possíveis divisões territoriais de MG, a saber:

1) Divisão por fluxo de atendimento: o Estado foi dividido em duas regiões, Norte e Sul, tendo como critério as informações referentes à abrangência assistencial dos serviços e seus respectivos fluxos para atendimento na rede. Assim, ao Norte foram alocadas as Regiões Ampliadas de Saúde Nordeste, Leste, Jequitinhonha, Norte, Noroeste, Triângulo do Norte e Triângulo do Sul, e ao Sul foram alocadas as regiões Centro, Centro-Sul, Leste do Sul, Sudeste, Sul e Oeste (Figura 2);

2) Divisão por Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM): como critério para essa divisão considerou-se municípios com a mesma faixa de desenvolvimento humano do IDHM¹⁶. Assim, ao Norte foram alocadas as Regiões

Ampliadas de Saúde Nordeste, Leste, Jequitinhonha, Norte, Noroeste, e ao Sul foram alocadas as regiões Centro, Centro-Sul, Leste do Sul, Sudeste, Sul, Triângulo do Norte, Triângulo do Sul e Oeste. Essa divisão se justifica pelos resultados encontrados em estudo anterior no qual se observou distribuição desigual de serviços entre essas duas regiões (Quadro 2)¹⁷.

Quadro 2. Divisão territorial do estado de MG por fluxo assistencial e IDHM

Divisão do Estado MG	Fluxo Assistencial	IDHM
Norte	Nordeste Leste Jequitinhonha Norte Noroeste Triângulo do Norte Triângulo do Sul	Nordeste Leste Jequitinhonha, Norte Noroeste
Sul	Centro Centro-Sul Leste do Sul Sudeste Sul Oeste	Centro Centro-Sul Leste do Sul Sudeste Sul Triângulo do Norte Triângulo do Sul Oeste.

Para a análise dos dados foi realizada análise descritiva dos escores por elementos e do escore geral do instrumento, considerando a modalidade, os pontos de atenção à saúde e as Regiões Ampliadas por meio de distribuição de frequências

absolutas e relativas. Para a descrição dos escores parciais e totais foram utilizadas medidas de tendência central, posição e dispersão.

Para a comparação dos escores por elemento e escore total segundo as modalidades, os pontos de atenção à saúde e as regiões, foram utilizados os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Já para comparações da classificação sobre a capacidade de operar a rede foi utilizado o teste Exato de Fisher.

Foram consideradas como associações estatisticamente significantes os resultados que apresentaram probabilidade de significância $p \leq 0,05$, considerando os intervalos de confiança de 95%. Os dados foram previamente digitados em planilha do programa Excel (versão 2016), e para o processamento e análises dos dados foi utilizado o software R (versão 3.3.1).

7.1.5 Resultados

As análises descritivas de caracterização da amostra revelam maior número de entrevistados nas regiões Centro (14,3%) e Centro-Sul (11,4%), seguidas do Leste do Sul, Noroeste, Norte, Sudeste e Triângulo do Sul, (8,6% cada), além das regiões Leste, Nordeste, Oeste, Sul, Triângulo do Norte (5,7% cada) e Jequitinhonha, apresentando a menor frequência (2,9%).

A maioria dos entrevistados foi do sexo feminino (80,0%) e com atuação somente no componente especializado (70,6%), sendo que 26,5% indicaram atuação na atenção terciária, e apenas 2,9% na atenção primária à saúde. A modalidade de serviço de reabilitação intelectual foi a mais frequente, com 51,4%, seguida da física (40,0%), auditiva (34,3%) e finalmente a visual, modalidade com a menor frequência (14,3%).

A maioria dos entrevistados indicou ser gestor (83,9%), e os demais foram profissionais indicados por gestores, como fonoaudiólogos (6,5%) e outras categorias de profissionais da saúde, que representaram 9,6%. Além disso, o vínculo empregatício mais frequente foi o contrato (81,8%), seguido por concurso público (12,1%) e pessoal terceirizado (6,1%).

Quando analisada a capacidade de operar a rede (Tabela 1), merece destaque o fato de que para 37,1% dos entrevistados a capacidade foi básica, e para outros 37,1% essa capacidade foi razoavelmente boa. Tem-se ainda que 14,3% avaliaram a rede com capacidade ótima, e apenas 11,4% relataram incapacidade para operar a RAS.

Tabela 1. Descrição da capacidade de operar a rede segundo avaliação dos gestores e trabalhadores da RCPD

Total Geral Categórico*	N	%
Incapacidade ¹	4	11,4
Capacidade básica ²	13	37,1
Capacidade razoavelmente boa ³	13	37,1
Capacidade ótima ⁴	5	14,4
Total geral	35	100,0

N= número de indivíduos; 1= pontuação de 0 a 69; 2= pontuação de 70 a 139; 3= pontuação de 140 a 209; 4= pontuação de 210 a 270.

Em relação à comparação dos escores totais segundo os elementos da população (Tabela 2), observou-se valor limítrofe entre os escores da modalidade física quando comparada às demais modalidades ($p=0,06$), sendo encontrado maior valor de média nessa modalidade, mas não significativa ao nível de 5%. No elemento atenção primária à saúde (Tabela 2), encontrou-se significância nas modalidades auditiva ($p=0,03$), com escores médios mais baixos quando comparados às demais, e física, com escores médios mais altos ($p=0,01$).

Para os elementos atenção secundária e terciária à saúde (Tabela 2) não foram encontrados valores com significância estatística em comparação com as modalidades de serviço auditivo, físico, intelectual e visual.

No elemento sistema logístico (Tabela 2) houve significância estatística quanto à modalidade de serviço física (valor $p=0,01$), sendo que os profissionais que atuavam nessa modalidade apresentaram total médio maior em relação aos profissionais de outras modalidades.

No total geral (Tabela 2) houve significância estatística em relação à modalidade de serviço física (valor- $p=0,04$), sendo que os gestores e profissionais dessa modalidade apresentaram valor de média maior que os profissionais de outras modalidades. Nenhum dos totais apresentou significância estatística em relação à modalidade de serviço auditivo, visual e intelectual.

Tabela 2. Comparação dos totais gerais dos elementos por presença da modalidade de reabilitação

Totais		Modalidade do Serviço															
		Auditivo				Físico				Visual				Intelectual			
		Média	E.P.	Mediana	Valor-p	Média	E.P.	Mediana	Valor-p	Média	E.P.	Mediana	Valor-p	Média	E.P.	Mediana	Valor-p
População	Não	22,26	2,08	23,00	0,93	19,48	2,02	20,00	0,06	22,70	1,59	23,00	0,51	21,47	2,31	22,00	0,77
	Sim	21,75	2,05	21,50		26,00	1,92	27,50		18,40	4,83	22,00		22,67	2,04	23,00	
Atenção primária à saúde	Não	30,30	2,91	30,00	0,03	21,76	2,94	22,00	0,01	27,53	2,58	30,00	0,40	24,35	3,34	29,00	0,32
	Sim	20,25	3,01	24,00		34,50	2,68	31,50		22,80	4,40	25,00		29,22	3,15	30,00	
Pontos de atenção à saúde secundários e terciários	Não	82,17	9,51	84,00	0,96	71,91	9,42	65,00	0,11	79,27	8,16	73,50	0,40	86,65	12,69	84,00	0,62
	Sim	81,33	14,15	71,50		96,86	12,78	89,50		97,60	25,27	90,00		77,39	9,50	75,50	
Sistemas Logísticos	Não	17,61	2,18	15,00	0,06	11,71	1,80	11,00	0,01	15,40	1,85	13,50	0,94	15,53	2,61	13,00	0,93
	Sim	10,75	1,65	11,50		20,57	2,48	19,00		14,40	2,71	11,00		15,00	2,05	14,00	
Total Geral	Não	152,35	15,20	144,00	0,55	124,86	15,03	119,00	0,04	144,90	12,91	132,50	0,72	148,00	19,28	129,00	0,92
	Sim	134,08	19,17	122,00		177,93	16,50	167,00		153,20	33,75	162,00		144,28	14,79	142,00	

Legenda: E.P= erro padrão
Teste de Mann-Whitney Não: ausência da modalidade de reabilitação Sim: Presença da modalidade de reabilitação

Os resultados da análise de associação da classificação final por modalidade de serviço indicaram que não houve associação significativa da classificação em relação às modalidades de serviço (Tabela 3).

Tabela 3. Associação do total Geral da capacidade de operar a RCPD com as modalidades de serviço

Total Geral	Presença da Modalidade de Reabilitação												Valor-p							
	Auditivo				Valor-p	Físico				Valor-p	Visual				Valor-p	Intelectual				
	Não		Sim			Não		Sim			Não			Sim		Não		Sim		
	N	%	N	%		N	%	N	%		N	%		N		%	N	%	N	%
Incapacidade	2	8,7	2	16,7	0,84	4	19,1	0	0,0	0,06	3	10,0	1	20,0	0,69	3	17,6	1	5,6	0,68
Capacidade básica	8	34,8	5	41,7		10	47,6	3	21,4		12	40,0	1	20,0		6	35,3	7	38,9	
Capacidade razoa. boa	9	39,1	4	33,3		5	23,8	8	57,1		11	36,7	2	40,0		5	29,4	8	44,4	
Capacidade ótima	4	17,4	1	8,3		2	9,5	3	21,4		4	13,3	1	20,0		3	17,7	2	11,1	

Legenda: razoa.= razoavelmente

Teste Exato de Fisher

A análise de associação dos escores por eixos do questionário com os totais gerais em relação às regiões Norte e Sul por fluxo de atendimento e por similaridade de IDHM indicou que as regiões Norte e Sul não se diferenciaram de forma significativa em relação aos totais gerais (Tabela 4).

Tabela 4. Comparação dos totais gerais dos elementos por região Norte e Sul, quanto ao fluxo de encaminhamento e IDHM

Totais	Região	Fluxo de atendimento				Similaridade de IDHM			
		Média	Mediana	EP	Valor-p*	Média	Mediana	EP	Valor-p*
População	Norte	22,50	22,00	2,54	1,00	24,91	21,00	2,67	0,50
	Sul	21,74	23,00	1,86		20,79	23,00	1,82	
Atenção primária à saúde	Norte	28,75	29,00	2,87	0,70	29,91	29,00	3,09	0,59
	Sul	25,26	30,00	3,51		25,46	29,50	3,04	
Pontos de atenção à saúde secundários e terciários	Norte	79,88	85,50	10,87	1,00	83,09	82,00	13,52	0,92
	Sul	83,58	78,00	11,31		81,33	81,00	9,71	
Sistemas Logísticos	Norte	13,75	13,00	2,23	0,27	15,82	13,00	2,82	1,00
	Sul	16,53	15,00	2,35		15,00	13,50	2,02	
Total Geral	Norte	144,88	134,50	15,93	0,96	153,73	140,00	18,64	0,87

Legenda: IDHM= Índice de Desenvolvimento Humano Municipal; EP= Erro Padrão. **Teste de Mann Whitney**

Na associação entre a classificação do escore do questionário e as regiões Norte e Sul quanto ao fluxo de atendimento e similaridade de IDHM (Tabela 5) não houve associação significativa do total geral com as regiões classificadas com base no fluxo de atendimento nem por similaridade de IDHM.

Tabela 5 - Associação entre a classificação do escores do questionário quanto ao fluxo de atendimento e similaridade IDHM das regiões Norte e Sul com a capacidade de operar a RCPD

	Região	Incapacidade		Capacidade básica		Capacidade razoável		Capacidade ótima		Valor-p
		N	%	N	%	N	%	N	%	
Fluxo atendimento	Norte	1	6,3	7	43,8	6	37,5	2	12,5	0,83
	Sul	3	15,8	6	31,6	7	36,8	3	15,8	
Similaridade IDHM	Norte	0	0,0	5	45,5	4	36,4	2	18,2	0,60
	Sul	4	16,7	8	33,3	9	37,5	3	12,5	

Legenda: N= número de indivíduos; razoável= razoavelmente IDHM= Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. **Teste Exato de Fisher**

7.1.6 Discussão

O presente estudo avaliou e analisou a implantação e integração da RCPD-MG, permitindo identificar que esta encontra-se em uma trajetória de evolução, entre um sistema fragmentado e uma rede integrada.

A amostra foi composta em sua maioria por gestores atuantes em serviços localizados nas Regiões Ampliadas de Saúde Centro e Centro Sul, com expressiva presença feminina, trabalhando predominantemente na atenção secundária e em serviços da modalidade intelectual, tendo o contrato de trabalho como vínculo empregatício mais frequente. A forte presença da atuação na atenção secundária justifica-se pelas entrevistas terem sido realizadas com gestores e profissionais do componente especializado em reabilitação. A distribuição heterogênea dos serviços reproduz as desigualdades e iniquidades presentes no Estado e compromete a equidade na oferta de atenção especializada em reabilitação e o acesso da população, dificilmente superada pela regulação e pactuação de fluxos assistenciais^{18,19}.

Outros estudos avaliaram que os recursos humanos são fator crítico para as RAS, e também identificaram como fraco o vínculo empregatício nos municípios estudados, apontando que essa instabilidade determina uma prática profissional que pode comprometer o planejamento e a gestão nas RAS, com pouco investimento em educação continuada e pouco fomento ao trabalho interdisciplinar para o cuidado ampliado¹⁹⁻²².

Destaca-se um estudo que identificou que, dos sujeitos participantes, 71,7% eram do sexo feminino em todas as categorias avaliadas, exceto entre os médicos²⁰.

A análise dos resultados revelou diferenças importantes na percepção dos gestores quanto à capacidade de operacionalizar a rede. Vale destacar que entre os gestores dos pontos de atenção especializados, mais da metade classificaram como básica e razoavelmente boa a capacidade de operar a RCPD. Estudos apontaram pouca confiança entre os atores envolvidos com a gestão, o que impacta na integração do cuidado e compromete a coerência, continuidade e complementariedade de ações na rede¹²⁻¹⁵.

Menos de um quarto dos gestores classificou como capacidade ótima e menos de outro quarto como incapacidade de operar a rede. Esses resultados demonstram, como em outros estudos, que os atores e serviços envolvidos na assistência podem não ter os mesmos interesses, compreensões, competências e recursos para se engajar em uma nova rede de cuidados nessa modalidade de cooperação^{12,14,15}.

Na comparação dos elementos da rede com as modalidades de serviços, a modalidade física apresentou o maior número de associações com significância na análise dos eixos. Houve associação com a APS, sistema logístico e total geral. Tais dados refletem a necessidade de um trabalho de integração da RCPD com a APS, aprimorando sua articulação no território da Rede de Atenção à Saúde. Estudos apontam os benefícios da coordenação do cuidado em rede pela APS como importante estratégia de integração baseada no uso de referência e contrarreferência. Concluem que esforços devem ser direcionados para sua efetiva implantação como um instrumento legítimo de comunicação entre os pontos de atenção da RCPD²³⁻²⁵.

No estudo da associação das modalidades de serviço com a capacidade de operar a rede não houve associação significativa. No entanto, foi observado que os gestores que atuavam especificamente nos serviços auditivos classificaram a rede como capacidade básica, enquanto os que atuavam nas modalidades física, visual ou

intelectual indicaram capacidade razoavelmente boa. Ressalta-se a necessidade de maior investimento em articulação dos serviços e suas modalidades com a APS para garantir efetiva integração da RCPD, conforme demonstraram outros estudos^{7,26,27}.

Na comparação dos componentes especializados da RCPD com a divisão do Estado por região Norte e Sul quanto ao fluxo de atendimento e similaridade de IDHM, ressalta-se que as regiões não se diferenciaram de maneira significativa em relação à análise de comparação dos totais gerais dos eixos. Assim, embora avanços na implantação regionalizada sejam observados, muitos municípios de pequeno porte são incapazes de se responsabilizar financeira e administrativamente pelos serviços, e apresentam diferenças socioeconômicas que impõem barreiras à implantação da RCPD, como evidenciam outros estudos²⁸⁻³⁰.

A análise da associação da capacidade de operar a rede com as regiões Norte e Sul quanto ao fluxo de atendimento e similaridade de IDHM demonstrou que elas não se diferenciam de forma significativa. Contudo, observou-se que a região Norte apresentou maior percentual de capacidade básica, enquanto a Sul apresentou maior percentual de capacidade razoavelmente boa para operar a rede. Essas características se assemelham a outros estudos que apontam que as condições políticas, sociais e econômicas desfavoráveis podem influenciar o acesso e a utilização dos serviços, colocando as pessoas em desvantagem na utilização da RCPD³⁰⁻³².

Cabe ressaltar que a regionalização precisa levar em conta a extensão territorial e as grandes disparidades socioeconômicas entre as regiões de Minas Gerais. Desse modo, para alcançar maiores progressos na integração da rede é necessário considerar a realidade regional no planejamento estratégico, e não apenas

o planejamento cartográfico e populacional, articulando de forma eficaz a diversidade de instâncias que regulam e organizam a regionalização da saúde^{17,31,33,34}.

Como em outros estudos, identificou-se uma rede em processo de construção, evidenciando a existência de movimentos que favorecem a implantação e melhoria da articulação entre os serviços. A qualificação da assistência a essa população sob a perspectiva de um sistema integrado e regionalizado mostra-se então como uma boa maneira para se atingir a integralidade do cuidado^{22,33,34}.

A atenção à saúde da pessoa com deficiência vem sendo pautada, nos últimos anos, pelo Ministério da Saúde no âmbito do SUS, e a implantação da RCPD representa uma relevante resposta às demandas dessa população. Assim, ressalta-se que a instituição e implantação da RCPD são caminhos importantes para se alcançar a integralidade da assistência à saúde da pessoa com deficiência no Estado.

A ampliação e criação de novos serviços articulados e integrados em RAS, ofertados de maneira humanizada e com trabalho multiprofissional na lógica interdisciplinar são ações importantes de desenvolvimento. Essas ações foram objetos de estudos que apontaram as dificuldades de comunicação e cooperação mútuas entre serviços da rede como importantes barreiras³⁴⁻³⁶.

Além disso, a implantação regionalizada da RCPD é fundamental para a garantia da equidade de acesso e integralidade do cuidado em saúde. Para tanto, a rede foi dimensionada com componentes da atenção primária à saúde, serviços especializados em reabilitação e hospitalares. A investigação de uma Rede de Atenção Psicossocial apontou as transformações em suas práticas e saberes, valorizando a integralidade e os recursos do território como fundamentais na construção de uma rede de assistência articulada, e indicou que as dificuldades de

comunicação e ausência dos fluxos assistenciais são ainda desafios a serem superados^{37,38}.

Os resultados do presente estudo indicaram que a RCPD-MG encontra-se, portanto, entre um sistema fragmentado e uma rede integrada. Ressaltam, ainda, a necessidade do trabalho continuado em favor da regionalização da RCPD e de sua melhor implementação em regiões com pouca cobertura assistencial, com dimensionamento adequado das modalidades de reabilitação de acordo com as necessidades das pessoas com deficiência no Estado.

Considera-se como possível limitação deste estudo a amostra composta principalmente por gestores do componente especializado em reabilitação, o que pode ter produzido uma visão parcial, limitando a generalização para outros cenários. Além disso, a época da coleta de dados coincidiu com os primeiros anos da implantação e, portanto, alguns serviços ainda estavam em fase de estruturação, o que pode ter influenciado a avaliação dos entrevistados.

Contrariamente, a análise da RCPD em sua época de implantação também pode ser considerada um avanço, pois o retrato inicial poderá ser usado como linha de base para comparação em avaliações futuras. Podemos destacar também como uma virtude a proposta de avaliação *in loco*, buscando os atores em seus espaços de atuação, com amostra representativa de todas as Regiões Ampliadas e dos serviços do componente especializado.

Diante da relevância de se avaliar a RCPD-MG, acreditamos que o questionário de “Avaliação das Redes Atenção à Saúde” pode contribuir com a avaliação do grau de implantação e integração em que a rede se encontra, visando a elaboração de um plano gestor de desenvolvimento institucional e subsidiando estratégias que permitam intervenção nos pontos críticos que comprometem sua integração.

7.1.7 Conclusão

A percepção dos entrevistados sobre os elementos da população, pontos de atenção à saúde e sistemas logísticos segundo a Região Ampliada de Saúde, nível de atenção em que atuam e a modalidade de serviços indicou que a RCPD se encontra entre um sistema fragmentado e uma rede integrada.

A organização do cuidado em saúde no SUS tem destacado a constituição das redes de atenção à saúde, que visam garantir a integralidade. Diante da relevância da implantação da RCPD-MG e da necessidade da utilização de uma metodologia para avaliação do seu efeito, acredita-se que os resultados obtidos neste estudo podem contribuir para a elaboração de um plano de desenvolvimento institucional que intervenha nos pontos críticos, permitindo seu aprimoramento no sentido de uma rede integrada.

7.1.8 Referências

1. Mendes VLF. Da “narrativa da dificuldade” ao diálogo com a diferença: construindo a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. In: MS: Ministério da Saúde. Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2014. p.37-68.
2. Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface*. 2015;19(52):207-10.
3. SES-MG: Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Deliberação CIB-SUS-MG nº1272 de 24 de outubro de 2012: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS-MG e dá outras providências. [cited 2016 Set 27]. Available from: <http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/Deliberacao1272redesdecuidadosPessoacomdeficiencia.pdf>.
4. Mendes, VLF. Saúde sem limite: implantação da rede de cuidados à saúde da pessoa com Deficiência. *Divulg Saude Debate*. 2014;(52):146-52.
5. MS: Ministério da Saúde. Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012: Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. [cited 2016 Set 27]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html.
6. Araújo ED, Brasil ACO. Descaminhos da Rede de Atenção às Pessoas com Deficiência. *Revista Científica CIF Brasil*. 2014;1(1):5-9.
7. Dalcuche MG, Mendes, EV. A integração em Rede da Atenção Primária (APS) com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) no Estado do Paraná. *Rev Saúde Pública do Paraná*. 2017;18(1):31-7.
8. Almeida PF, Santos AMD, Santos VP, Filho RMS. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. *Saúde Soc*. 2016;25(2):320-35.
9. Galvão, EL, Bodevan, EC, Santos, DF. Gestão regionalizada dos serviços de saúde no Estado de Minas Gerais. *Rev APS*. 2015;18(2):242-7.
10. Santos L. Regiões de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2017;22(4):1281-9.
11. Escarce AG, Friche AAL, Reis RA, Santos MFN, Januário GC, Maciel FJ, Neto RO, Lemos SMA. Implantação de um projeto de avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. *Distúrb Comun*. 2017;29(4):772-81.
12. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um sistema “sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(2):S331-6.

13. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
14. Amaral CEM, Bosi MLM. O desafio da análise de redes de saúde no campo da saúde coletiva. *Saúde Soc.* 2017;26(2):424-34.
15. Gerhardt TE, Medeiros CRG. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. *Saúde Debate.* 2015;39:160-70.
16. IPEA: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. [cited 2016 Set 27]. Available from: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/home/>
17. Friche AAL, Maciel FJ, Januário GC, Santos MFN, Neto RO, Lemos SMA. Análise espacial da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: um olhar regionalizado. In: Anais do 22º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia: da promoção à reabilitação; 2014 Out 8-11; Joinville, Santa Catarina. Brasília: SBFa; 2014. p. 530.
18. Rezende CF, Carvalho SAS, Maciel FJ, de Oliveira Neto R, Pereira DVT, Lemos SMA. Hearing health network: a spatial analysis. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015;81(3):232-9.
19. Contel FB. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. *Saúde Soc.* 2015;24(2):447-60.
20. Gonçalves CR, Cruz MT, Oliveira MP, Moraes AJD, Moreira KS, Rodrigues CAQ, Leite MTS. Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde. *Saúde Debate.* 2014;38(100):26-34.
21. Mitre SM, Andrade EIG, Cotta RMM C. O acolhimento e as transformações na prática da reabilitação: um estudo dos Centros de Referência em Reabilitação da Rede do Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte, MG, Brasil. *Ciêns Saúde Coletiva.* 2013;18(7):1893-902.
22. Samea M, Banzato SGA, Galletti MC, Filho NA. Implantação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência na Coordenadoria Regional de Saúde Oeste do Município de São Paulo. [cited 2016 Set 27]. Available from: <https://sms.sp.bvs.br/lildbi/docsonline/get.php?id=6660>
23. Lima DP, Leite MTS, Caldeira, AP. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. *Saúde Debate.* 2015;39(104):65-75.
24. Pereira JS, Machado WCA. Referência e contrarreferência entre Serviços de reabilitação física da pessoa com deficiência: a (des)articulação na microrregião Centro Sul Fluminense, Rio de Janeiro, Brasil. *Physys.* 2016;26(3):1033-51.
25. Andrade AM, Brito MJM, Silva KL, Montenegro LC, Caçador BS, Freitas LFC. Organização das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais da atenção domiciliar. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013;34(2):111-7.

26. Vargas MAO, Ferrazzo S, Schoeller SD, Drago LC, Ramos FRS. Rede de Atenção à Saúde à pessoa amputada. *Acta Paul Enferm.* 2014;27(6):526-32.
27. Schillo R, Lopes SMB. Caracterização da rede da saúde auditiva de uma regional de saúde de Santa Catarina. *Rev CEFAC.* 2015;17(4):1222-31.
28. Souza CCBX, Rocha EF. Portas de entrada ou portas fechadas? O acesso à reabilitação nas unidades básicas de saúde da região sudeste do município de São Paulo – período de 2000 a 2006. *Rev Ter Ocup Univ São Paulo.* 2010;21(3):230-9.
29. Guia ACM, Neto RO, Escarce AG, Lemos SMA. Rede de Atenção à Saúde Auditiva: perspectiva do usuário. *Distúrb Comun.* 2016;28(3):473-82.
30. Tszesniosk LC, Nóbrega KBG, Lima MLPT, Fagundes VLD. Construindo a rede de cuidados em saúde mental infanto-juvenil: intervenções no território. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2015;20(2):363-70.
31. Galvão EL, Bodevan EC, Santos DF. Análise da Distribuição Geográfica dos Serviços de Saúde no Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais. *Hygeia.* 2015;11(20):32-44.
32. Paes LG, Schimith MD, Barbosa TM, Righi LB. Rede de atenção em saúde mental na perspectiva dos coordenadores de serviços de saúde. *Trab Educ Saúde.* 2013;11(2):395-409.
33. Santos AM, Giovanella L. Governança regional: estratégias e disputas para gestão em saúde. *Rev Saúde Pública.* 2014;48(4):622-31.
34. Astolpho MP, Okido ACC, Lima RAG. Rede de cuidados a crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev Bras Enferm.* 2014;67(2):213-9.
35. Alves GV, Lomba GO, Barbosa TA, Reis KMN, Braga PP. Crianças com necessidades especiais de saúde de um município de Minas Gerais: estudo descritivo. *R Enferm Cent O Min.* 2014;3(4):1310-21.
36. Contel FB. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. *Saúde Soc.* 2015;24(2):447-60.
37. Nóbrega MPSS, S GBF, Sena ACR. Funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial-RAPS no município de São Paulo, Brasil: perspectivas para o cuidado em Saúde Mental. *Atas.* 2016;2:41-9.
38. Zambenedetti G, Perrone CM. O Processo de Construção de uma Rede de Atenção em Saúde Mental: desafios e potencialidades no processo de Reforma Psiquiátrica. *Physis.* 2008;18(2):277-93.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção à saúde da pessoa com deficiência vem sendo pautada, nos últimos anos, pelo Ministério da Saúde no âmbito do SUS. A implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência representa, assim, uma estratégia para responder às demandas dessa população, com a criação e ampliação de pontos de atenção para o cuidado integrado.

Além disso, a ampliação e implantação regionalizada da RCPD é fundamental para a garantia da equidade de acesso e integralidade do cuidado em saúde. Para tanto, a rede foi dimensionada em componentes da atenção primária à saúde, serviços especializados em reabilitação e hospitalares.

Diante da relevância assistencial da RCPD é fundamental o uso de uma metodologia para identificação do grau de implantação e integração que essa nova rede temática se encontra. Dessa forma, foi utilizado o questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde.

O presente estudo fornece dados da análise da RCPD em Minas Gerais, identificando a percepção dos gestores sobre os atributos dos componentes da população, dos pontos de atenção primária, secundária e terciária à saúde e do sistema logístico segundo as regiões ampliadas de saúde, nível de atenção em que atua e por modalidades de serviços especializados.

Os resultados indicaram a necessidade do trabalho continuado em favor da regionalização da rede e uma melhor implementação em regiões com pouca cobertura, assim como a necessidade de garantir o acesso às demais modalidades de reabilitação e de fortalecer os vínculos de trabalho.

A avaliação da capacidade de operar a rede parece ser influenciada pelo tipo de modalidade de serviço. Tais dados revelam a necessidade de um trabalho de integração da rede com a APS e o dimensionamento das modalidades de serviço de acordo com as reais demandas da população no território da rede. Ressalta-se ainda a necessidade de maior investimento em articulação dos serviços e suas modalidades com a APS.

Embora sejam observados avanços na implantação regionalizada, muitos municípios de pequeno porte são incapazes de se responsabilizar financeira e administrativamente pelos serviços diante das diferenças socioeconômicas, o que indica a necessidade de distribuição mais equânime de serviços, recursos e profissionais.

A avaliação dos resultados permitiu identificar que a RCPD encontra-se entre um sistema fragmentado e uma rede integrada, e este estudo poderá, portanto, subsidiar a elaboração de um plano gestor de desenvolvimento institucional para promover sua evolução no sentido de uma rede integrada.

Ressalta-se que a instituição e implantação da RCPD no SUS MG deve ser o caminho para atingir a integralidade da assistência à saúde. A ampliação e criação de novos serviços de forma articulada e integrada em rede de atenção e a humanização na lógica interdisciplinar tornam-se importantes para esse desenvolvimento.

Desse modo, os resultados apresentados neste estudo trazem informações que podem subsidiar os gestores da saúde nos ajustes das diretrizes assistenciais da RCPD-MG, possibilitando a elaboração de novos estudos que visem uma rede integrada e eficiente, assegurando equidade, responsabilização e melhores condições de acesso e qualidade do cuidado ofertados às pessoas com deficiência em Minas Gerais.

9. ANEXOS

Anexo 1. Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Projeto: CAAE – 33703914.8.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Stela Maris Aguiar Lemos
Departamento de Fonoaudiologia
Faculdade de Medicina - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 15 de dezembro de 2014, o projeto de pesquisa intitulado **"Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em Minas Gerais: perfil populacional, avaliação do acesso e da estrutura"** bem como os documentos:

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Termo de Assentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto através da Plataforma Brasil.

Prof. Dra. Telma Campos Medeiros Lorentz
Coordenadora do COEP-UFMG

Anexo 2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS

Você está sendo convidado a participar da pesquisa **REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS: PERFIL POPULACIONAL, AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA ESTRUTURA**. Esta pesquisa pretende conhecer e avaliar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Estado de Minas Gerais na perspectiva dos serviços, dos profissionais e dos usuários.

Caso aceite você responderá a um questionário com duração média de 30 (trinta) minutos apresentado por pesquisadores / profissionais em sala disponibilizada pelo próprio serviço de saúde. Este questionário foi totalmente elaborado por pesquisadores do Departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Minas Gerais, da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte.

As perguntas do questionário serão a respeito da implementação da Rede Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência. Os temas das perguntas dizem respeito a implementação da rede no seu município e na sua região, estrutura dos serviços ofertados e acesso dos usuários.

Os seus dados serão mantidos em segredo, ninguém terá acesso a eles, a não ser os pesquisadores. A sua participação é gratuita e voluntária e, a qualquer momento, você poderá retirar-se da pesquisa. Sua recusa em participar ou a interrupção da pesquisa não lhe trará problemas ou constrangimentos, de qualquer natureza.

Você não terá gastos com deslocamento, uma vez que as avaliações serão ocorrerão no seu local de trabalho ou onde for mais conveniente para você. Os pesquisadores irão ao seu encontro no local e horário agendados por você. Por se tratarem de questionários, não existem riscos à sua integridade física, pois não serão realizados procedimentos invasivos ou que o(a) exponha explicitamente, mas caso se sinta constrangido com alguma pergunta você poderá interromper a entrevista e recusar-se a responder as perguntas.

Você não terá quaisquer benefícios diretos com a realização da pesquisa. Os dados obtidos serão utilizados somente nesta pesquisa e os resultados de sua análise apresentados em artigos e eventos científicos.

Esta pesquisa não apresenta riscos a sua integridade física e quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados possam fornecer subsídios para a abordagem dos fatores que interferem na qualidade do serviço prestado à população.

Durante toda a realização do trabalho, você tem o direito de tirar suas dúvidas sobre a pesquisa na qual está participando. Os pesquisadores estão à disposição para qualquer esclarecimento necessário.

Agradecemos à disponibilidade.
Atenciosamente.

Baseado neste termo, eu,

_____, _____, aceito participar da pesquisa, **REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM MINAS GERAIS: PERFIL POPULACIONAL, AVALIAÇÃO DO ACESSO E DA ESTRUTURA** em acordo com as informações acima expostas.

_____, _____ de _____ de 201_____.
De acordo,

Assinatura

Pesquisadores:

Stela Maris Aguiar Lemos – Fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG. Tel.: 3409-9791

.Amélia Augusta de Lima Friche - Fonoaudióloga, professora adjunto do Departamento de Fonoaudiologia da Faculdade de Medicina da UFMG. Tel.: 3409-9791

Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG

Endereço: Avenida Antônio Carlos, 6627 Unidade Administrativa II - 2º andar Campus Pampulha Belo Horizonte, MG – Brasil CEP: 31270-901. Telefax (31) 3409-4592.

Anexo 3. Questionário de Caracterização do Gestor e de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde

Referência: MENDES, Eugenio Vilaça. As Redes de Atenção à Saúde: Org. Pan-Americana da Saúde, 2011.

Código do arquivo _____

PREENCHIMENTO DO INSTRUMENTO:

Para cada questão responda com um valor que varie de 0 a 3, sendo:

- 0 (zero): corresponde à não existência do que está sendo perguntado;
- 1 (um): existe o que está sendo perguntado, mas com um funcionamento básico ou incipiente;
- 2 (dois): existe o que está sendo perguntado, com um funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente;
- 3 (três): corresponde à sua existência em operação de forma ótima;
- NR/NS: quando quiser ou não souber responder.

I.	Identificação
1.	<div style="text-align: right;">Data: ___/___/___</div> <p>Município: _____ Região de Saúde _____</p> <p>Sexo: () Masculino () Feminino Idade: _____</p> <p>Nível de atenção em que atua: () atenção primária () atenção secundária () atenção terciária</p> <p>Modalidade do ponto de atenção: () auditivo () físico () intelectual () visual</p> <p>Profissão: () Gestor () Médico – Especialidade: _____</p> <p>() Fonoaudiólogo () Fisioterapeuta () Terapeuta Ocupacional () Psicólogo () Nutricionista</p> <p>() Assistente Social () Enfermeiro () Técnico de Enfermagem () Outros _____</p> <p>Vínculo: () Concursado () Contratado () Terceirizado () Outros _____</p>

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

(continua)

II. População						
13.	A população está subdividida por fatores de risco?	0	1	2	3	NR/NS
14.	A população está subdividida por condições de saúde estabelecidas?	0	1	2	3	NR/NS
Total População:						

III. Atenção Primária à Saúde						
1.	A equipe da APS tem claro o seu papel de responsabilização por sua população adscrita?	0	1	2	3	NR/NS
2.	Há uma equipe multiprofissional com responsabilidades claras de cada membro da APS?	0	1	2	3	NR/NS
3.	Essas responsabilidades derivam das linhas-guia das diferentes condições de saúde?	0	1	2	3	NR/NS
4.	A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	0	1	2	3	NR/NS
5.	Há incentivos para as pessoas usuárias adotarem a APS como porta de entrada da rede?	0	1	2	3	NR/NS
6.	As relações entre APS e os demais níveis de atenção da RCPD estão claramente definidas?	0	1	2	3	NR/NS
7.	A APS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais?	0	1	2	3	NR/NS
8.	Há uma boa interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?	0	1	2	3	NR/NS
9.	Há um vínculo estreito e contínuo entre as equipes da APS e as pessoas usuárias e suas famílias?	0	1	2	3	NR/NS
10.	A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às condições agudas e/ou aos eventos de agudização das condições crônicas de sua responsabilidade, de acordo com um sistema de classificação de risco das urgências e emergências e os protocolos clínicos?	0	1	2	3	NR/NS
11.	A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às mulheres e às crianças, segundo as linhas-guia?	0	1	2	3	NR/NS
12.	A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos adolescentes e aos idosos, segundo as linhas-guia?	0	1	2	3	NR/NS
13.	A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos portadores de hipertensão e de doenças cardiovasculares, de diabetes, de tuberculose, de hanseníase, de transtornos mentais, de HIV/AIDS, de doenças respiratórias crônicas, de doenças renais e de doenças bucais, segundo as linhas-guia?	0	1	2	3	NR/NS
14.	A APS está adequadamente organizada para fazer o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e dos idosos?	0	1	2	3	NR/NS
15.	O prontuário clínico utilizado na APS está estruturado por família?	0	1	2	3	NR/NS
16.	As equipes de APS utilizam rotineiramente instrumentos de abordagem familiar (genograma, listagem de problemas familiares, firo, practice e outros)?	0	1	2	3	NR/NS
17.	As equipes de APS articulam-se rotineiramente com organizações comunitárias?	0	1	2	3	NR/NS
18.	Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e as organizações comunitárias?	0	1	2	3	NR/NS
19.	Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	0	1	2	3	NR/NS
Total Atenção Primária à Saúde:						

IV. Os Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários						
1.	No desenho da RCPD há uma articulação entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários (secundários e microrregião; terciários e macrorregião)?	0	1	2	3	NR/NS
2.	No desenho da RCPD considera-se uma escala mínima capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade?	0	1	2	3	NR/NS
3.	No desenho da RCPD considera-se a integração horizontal para obter ganhos de escala através de fusões ou alianças estratégicas?	0	1	2	3	NR/NS
4.	No desenho da RCPD há uma preocupação com processos de substituição dos pontos de atenção à saúde para prestar a atenção no lugar certo?	0	1	2	3	NR/NS
5.	No desenho da RCPD há um movimento de substituição hospitalar?	0	1	2	3	NR/NS

IV. Os Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários						
6.	Há a oferta de hospitais/dia?	0	1	2	3	NR/N S
7.	Há oferta de cirurgia ambulatorial?	0	1	2	3	NR/N S
8.	Há a oferta de internações domiciliares?	0	1	2	3	NR/N S
9.	Há a oferta de leitos de longa permanência?	0	1	2	3	NR/N S
10.	Há a oferta de centros de enfermagem (<i>nursing homes</i>)?	0	1	2	3	NR/N S
11.	Há a oferta de cuidados paliativos?	0	1	2	3	NR/N S
12.	No desenho da RCPD há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?	0	1	2	3	NR/N S
13.	Há serviços hospitalares de nível terciário para os cuidados aos traumas na atenção às urgências e emergências?	0	1	2	3	NR/N S
14.	Há serviços hospitalares de nível terciário para a atenção às urgências e emergências clínicas, especialmente as cardiovasculares?	0	1	2	3	NR/N S
15.	a) Há maternidade de alto risco para os cuidados às gestantes de alto risco?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Ela opera de forma integrada a APS?	0	1	2	3	NR/N S
16.	a) Há casa de apoio à gestante e à puérpera articulada com a maternidade de alto risco?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Ela opera de forma integrada com a APS?	0	1	2	3	NR/N S
17.	a) Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às crianças?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada à APS?	0	1	2	3	NR/N S
18.	a) Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados aos cânceres, especialmente de colo de útero e de mama?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada à APS?	0	1	2	3	NR/N S
19.	a) Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças cardiovasculares?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada com a APS?	0	1	2	3	NR/N S
20.	a) Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados ao diabetes?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada com a APS?	0	1	2	3	NR/N S
21.	a) Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças renais?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles opera de forma integrada com a APS?	0	1	2	3	NR/N S
22.	a) Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças respiratórias crônicas?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada com a APS?	0	1	2	3	NR/N S
23.	a) Há serviços hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às urgências e emergências?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada com a APS?	0	1	2	3	NR/N S
24.	a) Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica), para os cuidados às mulheres e às crianças?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada com a APS?	0	1	2	3	NR/N S

IV. Os Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários						
25.	a) Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às mulheres e às crianças?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada à APS?	0	1	2	3	NR/N S
26.	a) Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados aos cânceres de mama e de colo de útero?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada com a APS?	0	1	2	3	NR/N S
27.	a) Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e das pessoas idosas?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada com a APS?	0	1	2	3	NR/N S
28.	a) Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à hipertensão e às doenças cardiovasculares?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada a APS?	0	1	2	3	NR/N S
29.	a) Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao diabetes?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada a APS?	0	1	2	3	NR/N S
30.	a) Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os transtornos mentais?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada a APS?	0	1	2	3	NR/N S
31.	a) Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças renais?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada com a APS?	0	1	2	3	NR/N S
32.	a) Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao HIV/AIDS?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada com a APS?	0	1	2	3	NR/N S
33.	a) Há serviços ambulatoriais e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à tuberculose?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada com a APS?	0	1	2	3	NR/N S
34.	a) Há serviços de atenção ambulatorial especializado, de nível secundário, para os cuidados à hanseníase?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada com a APS?	0	1	2	3	NR/N S
35.	a) Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às doenças bucais?	0	1	2	3	NR/N S
	b) Eles operam de forma integrada com a APS?	0	1	2	3	NR/N S
36.	As linhas-guia estabelecem claramente as relações aos serviços ambulatoriais e hospitalares com a APS?	0	1	2	3	NR/N S
37.	Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?	0	1	2	3	NR/N S
38.	É feita a modelagem de cada ponto de atenção à saúde ambulatorial ou hospitalar secundário, segundo as linhas-guia?	0	1	2	3	NR/N S
39.	Essa modelagem descreve a carteira de serviços a ser ofertada?	0	1	2	3	NR/N S
40.	Essa modelagem implica a construção dos protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?	0	1	2	3	NR/N S
41.	Essa modelagem implica a elaboração de uma planilha a ser utilizada na programação do ponto de atenção à saúde?	0	1	2	3	NR/N S
Total Atenção Secundária e Terciária:						

V. Os Sistemas de Apoio						
1.	O sistema de assistência farmacêutica contempla a seleção dos medicamentos feita a partir das linhas-guia?	0	1	2	3	NR/NS
2.	O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RCPD?	0	1	2	3	NR/NS
3.	O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de aquisição dos insumos farmacêuticos?	0	1	2	3	NR/NS
4.	O sistema de assistência farmacêutica contempla o armazenamento de insumos farmacêuticos?	0	1	2	3	NR/NS
5.	O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	0	1	2	3	NR/NS
6.	O sistema de assistência farmacêutica utilizada a farmacoeconomia?	0	1	2	3	NR/NS
7.	O sistema de assistência farmacêutica utiliza formulários terapêuticos?	0	1	2	3	NR/NS
8.	O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica?	0	1	2	3	NR/NS
9.	O sistema de atenção farmacêutica contempla a conciliação de medicamentos?	0	1	2	3	NR/NS
10.	O sistema de assistência farmacêutica contempla o manejo da adesão aos tratamentos medicamentosos?	0	1	2	3	NR/NS
11.	O sistema de assistência farmacêutica contempla a farmacovigilância?	0	1	2	3	NR/NS
12.	Há um sistema estruturado de exames de imagem, construído com base em escala e qualidade?	0	1	2	3	NR/NS
13.	Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	0	1	2	3	NR/NS
14.	Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização, para as unidades de saúde da RCPD, da coleta das amostras?	0	1	2	3	NR/NS
15.	Há protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise dos resultados?	0	1	2	3	NR/NS
Total Sistemas de Apoio:						

VI. Os Sistemas Logísticos						
1.	Existe um registro de base populacional único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais?	0	1	2	3	NR/NS
2.	Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	0	1	2	3	NR/NS
3.	Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	0	1	2	3	NR/NS
4.	Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?	0	1	2	3	NR/NS
5.	O prontuário familiar eletrônico integra as informações da APS, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, os exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e de assistência farmacêutica?	0	1	2	3	NR/NS
6.	O prontuário familiar eletrônico permite a emissão de receitas eletrônicas?	0	1	2	3	NR/NS
7.	O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar <i>feedbacks</i> relativos a situações de saúde definidas?	0	1	2	3	NR/NS
8.	A equipe da APS agenda diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada?	0	1	2	3	NR/NS
9.	A equipe da APS agenda diretamente o atendimento hospitalar eletivo?	0	1	2	3	NR/NS
10.	A equipe da APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?	0	1	2	3	NR/NS
11.	Há um sistema de regulação das urgências e das emergências com médico regulador permanente?	0	1	2	3	NR/NS
12.	Há um sistema de transporte em saúde integrado na RCPD, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	0	1	2	3	NR/NS
13.	O sistema de transporte de urgências e emergências é prestado por ambulâncias de suporte básico e suporte avançado?	0	1	2	3	NR/NS
14.	O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	0	1	2	3	NR/NS
15.	O sistema tem um módulo de transporte de amostras de exames de análises clínicas?	0	1	2	3	NR/NS

(continua)

(continuação)

VI. Os Sistemas Logísticos						
16.	O sistema tem um módulo de transporte de resíduos em saúde com veículos adequados e sistema de incineração?	0	1	2	3	NR/NS
Total Sistemas Logísticos:						

VII. O Sistema de Governança da Rede						
1.	Existe uma estrutura organizacional de governança da RCPD?	0	1	2	3	NR/NS
2.	Esse sistema de governança dispõe de um desenho organizacional?	0	1	2	3	NR/NS
3.	A RCPD tem um plano estratégico? Ele contempla um plano estratégico de médio e longo prazos e um plano operativo de curto prazo? Ele gera um mapa estratégico?	0	1	2	3	NR/NS
4.	A missão, a visão e os valores da RCPD são claramente estabelecidos, conhecidos e compartilhados por todos os participantes?	0	1	2	3	NR/NS
5.	Há um sistema de monitoramento e avaliação da RCPD?	0	1	2	3	NR/NS
6.	Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	0	1	2	3	NR/NS
7.	Há um sistema de acreditação da RCPD?	0	1	2	3	NR/NS
8.	Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	0	1	2	3	NR/NS
9.	Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da RCPD e contém incentivos para o alcance desses objetivos?	0	1	2	3	NR/NS
10.	As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da RCPD?	0	1	2	3	NR/NS
11.	O ente da governança opera com foco na maximização das eficiências técnica e alocativa?	0	1	2	3	NR/NS
12.	Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da RCPD?	0	1	2	3	NR/NS
13.	Como se dá o pagamento aos prestadores? - Por unidade de serviço ou por procedimento – 0 - Por unidade de serviço ou por procedimento aliado a outra forma – 1 - Por orçamento global – 2 Por capitação/capitação ajustada – 3	0	1	2	3	NR/NS
14.	A RCPD conta com mecanismos eficazes de gestão financeira?	0	1	2	3	NR/NS
Total Sistemas de Governança:						

VIII. O Modelo de Atenção à Saúde						
1.	Há um modelo de atenção à saúde claramente definido e de conhecimento geral da APS e nos pontos de atenção secundários e terciários?	0	1	2	3	NR/NS
2.	O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?	0	1	2	3	NR/NS
3.	O modelo de atenção à saúde propõe mudanças na organização do sistema de atenção à saúde?	0	1	2	3	NR/NS
4.	O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas ao desenho do sistema de prestação de serviços de saúde?	0	1	2	3	NR/NS
5.	O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de informações clínicas?	0	1	2	3	NR/NS
6.	Há um registro de informações para cada condição de saúde?	0	1	2	3	NR/NS
7.	O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de suporte às decisões?	0	1	2	3	NR/NS
8.	O modelo de atenção à saúde propõe ações de autocuidado apoiado?	0	1	2	3	NR/NS
9.	As ações de autocuidado são apoiadas por educação em saúde?	0	1	2	3	NR/NS
10.	As ações e autocuidado apoiado objetivam empoderar as pessoas usuárias da Rede?	0	1	2	3	NR/NS
11.	Utilizam-se planos de autocuidado feitos em conjunto pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias?	0	1	2	3	NR/NS
12.	O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas aos recursos da comunidade?	0	1	2	3	NR/NS
13.	As RCPDs dispõem de linhas-guia para as condições de saúde prioritárias?	0	1	2	3	NR/NS
14.	Essas linhas-guia são construídas com base em evidências e validadas interna e externamente?	0	1	2	3	NR/NS
15.	Essas linhas-guia são submetidas a uma avaliação antes de serem implantadas?	0	1	2	3	NR/NS

(continua)

(continuação)

VIII	O Modelo de Atenção à Saúde					
16.	Essas linhas-guia são comunicadas adequadamente aos gestores e aos profissionais de saúde?	0	1	2	3	NR/NS
17.	Essas linhas-guia organizam os fluxos e contrafluxos das pessoas na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	0	1	2	3	NR/NS
18.	Essas linhas-guia estratificam por riscos as subpopulações com uma condição de saúde estabelecida?	0	1	2	3	NR/NS
19.	Essas linhas-guia contêm uma planilha de programação baseada em parâmetros epidemiológicos?	0	1	2	3	NR/NS
20.	Essas linhas-guia são revisadas periodicamente?	0	1	2	3	NR/NS
21.	Essas linhas-guia são complementadas por protocolos clínicos para utilização nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	0	1	2	3	NR/NS
22.	O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?	0	1	2	3	NR/NS
23.	Essas ações de promoção da saúde estão voltadas para os determinantes sociais intermediários da saúde?	0	1	2	3	NR/NS
24.	Essas ações de promoção de saúde incluem intervenções intersectoriais sobre os determinantes intermediários da saúde?	0	1	2	3	NR/NS
25.	Essas ações de promoção de saúde inclui ações de prevenção das condições de saúde para as diferentes subpopulações com fatores de riscos proximais?	0	1	2	3	NR/NS
26.	Essas intervenções preventivas estão organizadas em instrumentos operacionais de uso rotineiro na RCPD?	0	1	2	3	NR/NS
27.	O modelo de atenção à saúde utiliza tecnologias de gestão da clínica?	0	1	2	3	NR/NS
28.	O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão da condição de saúde, estratificada para as subpopulações de diferentes riscos em relação a uma condição e saúde?	0	1	2	3	NR/NS
29.	Há um plano de cuidado elaborado para cada portador de uma condição de saúde?	0	1	2	3	NR/NS
30.	Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional em conjunto com o portador da condição de saúde?	0	1	2	3	NR/NS
31.	Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e o portador da condição de saúde?	0	1	2	3	NR/NS
32.	Esse plano de cuidado é avaliado e revisado periodicamente?	0	1	2	3	NR/NS
33.	A gestão da condição de saúde envolve a educação permanente dos profissionais com base nas linhas-guia?	0	1	2	3	NR/NS
34.	Esse processo de educação permanente se dá ao longo de toda a vida institucional dos profissionais?	0	1	2	3	NR/NS
35.	Esse processo de educação permanente é realizado em tempo protegido?	0	1	2	3	NR/NS
36.	Esse processo de educação permanente é realizado com base nos princípios da educação de adultos (andragogia) e na educação baseada em evidências?	0	1	2	3	NR/NS
37.	A gestão da condição de saúde envolve uma programação realizada na APS, nos postos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio com base nas linhas-guia e protocolos?	0	1	2	3	NR/NS
38.	A gestão da condição de saúde envolve um contrato de gestão com as equipes profissionais com base na programação?	0	1	2	3	NR/NS
39.	Esse contrato contém incentivos morais e financeiros para estimular a consecução de suas metas?	0	1	2	3	NR/NS
40.	Esse contrato tem um sistema de monitoramento e avaliação eficaz?	0	1	2	3	NR/NS
41.	A gestão da condição de saúde envolve a auditoria clínica realizada com base nas linhas-guia e nos protocolos clínicos?	0	1	2	3	NR/NS
42.	Essa auditoria clínica é realizada rotineiramente na APS e nos pontos de atenção à saúde secundários e terciários?	0	1	2	3	NR/NS
43.	As RCPDs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera? (sistema de marcação, SISREG, telefone, etc)	0	1	2	3	NR/NS
44.	As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços?	0	1	2	3	NR/NS

(continua)

VIII	O Modelo de Atenção à Saúde	(continuação)				
45.	O modelo de atenção à saúde utiliza tecnologia de gestão de caso para subpopulações com condições de saúde muito complexas?	0	1	2	3	NR/NS
46.	As linhas-guia definem as situações de saúde que devem ser manejadas pela gestão de caso?	0	1	2	3	NR/NS
47.	Há um plano de cuidado elaborado para cada sujeito que está envolvido na gestão do caso?	0	1	2	3	NR/NS
48.	Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e do sujeito da gestão de caso e sua família?	0	1	2	3	NR/NS
49.	Esse plano de cuidado é avaliado e revisado pela equipe, pela pessoa usuária e sua família periodicamente?	0	1	2	3	NR/NS
Total Modelo de Atenção:						

10. APÊNDICES

Apêndice A. Tabela de análise descritiva geral da população atendida

Tabela 6. Análise descritiva geral da população atendida

Variáveis		N	%
Há uma população claramente definida sob responsabilidade da RCPD?	Existe com funcionamento básico	4	11,4
	Existe com funcionamento insuficiente	11	31,4
	Existe e tem operação ótima	20	57,1
Há uma clara definição das necessidades de saúde dessa população?	Existe com funcionamento básico	12	34,2
	Existe com funcionamento insuficiente	15	42,9
	Existe e tem operação ótima	8	22,9
	Não existe	2	5,7
A estrutura operacional da RCPD é formatada em função dessas necessidades?	Existe com funcionamento básico	12	34,3
	Existe com funcionamento insuficiente	15	42,9
	Existe e tem operação ótima	6	17,1
Há um processo de territorialização da RCPD?	Existe com funcionamento básico	6	17,6
	Existe com funcionamento insuficiente	12	35,3
	Existe e tem operação ótima	16	47,1
A RCPD dispõe de um Plano Diretor de Regionalização?	Existe com funcionamento básico	1	3,8
	Existe com funcionamento insuficiente	10	38,5
	Existe e tem operação ótima	15	57,7
O Plano Diretor de Regionalização, na sua estruturação, incorporou os princípios propostos?	Existe com funcionamento básico	7	28,0
	Existe com funcionamento insuficiente	12	48,0
	Existe e tem operação ótima	6	24,0
Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde secundários?	Existe com funcionamento básico	7	23,3
	Existe com funcionamento insuficiente	16	53,3
	Existe e tem operação ótima	7	23,3
Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde terciários?	Existe com funcionamento básico	9	32,1
	Existe com funcionamento insuficiente	14	50,0
	Existe e tem operação ótima	5	17,9
	Não existe	3	10,7
A população de responsabilidade da RCPD está toda adstrita a uma unidade de APS ou a uma equipe de PSF?	Existe com funcionamento básico	5	17,9
	Existe com funcionamento insuficiente	9	32,1
	Existe e tem operação ótima	11	39,3
A população está cadastrada na APS por unidade familiar?	Existe com funcionamento básico	5	22,7
	Existe com funcionamento insuficiente	4	18,2
	Existe e tem operação ótima	13	59,1

(continua)

		(continuação)	
Variáveis		N	%
As unidades familiares estão classificadas por riscos sociais?	Não existe	1	6,2
	Existe com funcionamento básico	1	6,2
	Existe com funcionamento insuficiente	9	56,3
	Existe e tem operação ótima	5	31,3
A população está subdividida por perfil demográfico?	Não existe	1	5,9
	Existe com funcionamento básico	4	23,5
	Existe com funcionamento insuficiente	6	35,3
	Existe e tem operação ótima	6	35,3
A população está subdividida por fatores de risco?	Não existe	1	5,3
	Existe com funcionamento básico	4	21,1
	Existe com funcionamento insuficiente	6	31,6
	Existe e tem operação ótima	8	42,1
A população está subdividida por condições de saúde estabelecidas?	Existe com funcionamento básico	4	21,1
	Existe com funcionamento insuficiente	9	47,4
	Existe e tem operação ótima	6	31,6

Apêndice B. Tabela de análise descritiva geral da avaliação dos pontos de Atenção Primária à Saúde

Tabela 7. Análise descritiva geral da avaliação dos pontos de Atenção Primária à Saúde

	Variáveis	N	%
A equipe da APS tem claro o seu papel de responsabilização por sua população adstrita?	Não existe	1	3,2
	Existe com funcionamento básico	10	32,3
	Existe com funcionamento insuficiente	11	35,5
	Existe e tem operação ótima	9	29,0
Há uma equipe multiprofissional com responsabilidades claras de cada membro da APS?	Não existe	2	6,9
	Existe com funcionamento básico	7	24,1
	Existe com funcionamento insuficiente	11	37,9
	Existe e tem operação ótima	9	31,0
Essas responsabilidades derivam das linhas-guia das diferentes condições de saúde?	Não existe	1	4,5
	Existe com funcionamento básico	6	27,3
	Existe com funcionamento insuficiente	8	36,4
	Existe e tem operação ótima	7	31,8
A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	Não existe	2	6,1
	Existe com funcionamento básico	3	9,1
	Existe com funcionamento insuficiente	9	27,3
	Existe e tem operação ótima	19	57,6
Há incentivos para as pessoas usuárias adotarem a APS como porta de entrada da rede?	Não existe	2	6,2
	Existe com funcionamento básico	8	25,0
	Existe com funcionamento insuficiente	10	31,3
	Existe e tem operação ótima	12	37,5
As relações entre APS e os demais níveis de atenção da RCPD estão claramente definidas?	Não existe	3	9,1
	Existe com funcionamento básico	4	12,1
	Existe com funcionamento insuficiente	17	51,5
	Existe e tem operação ótima	9	27,3
A APS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais?	Não existe	5	18,5
	Existe com funcionamento básico	9	33,3
	Existe com funcionamento insuficiente	10	37,0
	Existe e tem operação ótima	3	11,1
Há uma boa interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?	Não existe	4	13,3
	Existe com funcionamento básico	8	26,7
	Existe com funcionamento insuficiente	12	40,0
	Existe e tem operação ótima	6	20,0
Há um vínculo estreito e contínuo entre as equipes da APS e as pessoas usuárias e suas famílias?	Não existe	1	3,5
	Existe com funcionamento básico	9	31,0
	Existe com funcionamento insuficiente	11	37,9
	Existe e tem operação ótima	8	27,6

(continua)

(continuação)

Variáveis	N	%
A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às condições agudas e/ou aos eventos de agudização das condições crônicas?	Não existe	1 3,8
	Existe com funcionamento básico	9 34,6
	Existe com funcionamento insuficiente	12 46,2
	Existe e tem operação ótima	4 15,4
A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às mulheres e às crianças, segundo as linhas-guia?	Existe com funcionamento básico	9 34,6
	Existe com funcionamento insuficiente	12 46,2
	Existe e tem operação ótima	5 19,2
A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos adolescentes e aos idosos, segundo as linhas-guia?	Existe com funcionamento básico	11 42,3
	Existe com funcionamento insuficiente	13 50,0
	Existe e tem operação ótima	2 7,7
A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos portadores de hipertensão e de doenças cardiovasculares, de diabetes, de tuberculose, etc?	Existe com funcionamento básico	5 20,0
	Existe com funcionamento insuficiente	15 60,0
	Existe e tem operação ótima	5 20,0
A APS está adequadamente organizada para fazer o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e dos idosos?	Existe com funcionamento básico	8 30,8
	Existe com funcionamento insuficiente	14 53,8
	Existe e tem operação ótima	4 15,4
	Não existe	2 15,4
O prontuário clínico utilizado na APS está estruturado por família?	Existe com funcionamento básico	2 15,4
	Existe com funcionamento insuficiente	2 15,4
	Existe e tem operação ótima	7 53,9
As equipes de APS utilizam rotineiramente instrumentos de abordagem familiar (genograma, listagem de problemas familiares, firo, practice e outros)?	Não existe	1 7,1
	Existe com funcionamento básico	3 21,4
	Existe com funcionamento insuficiente	7 50,0
	Existe e tem operação ótima	3 21,4
As equipes de APS articulam-se rotineiramente com organizações comunitárias?	Existe com funcionamento básico	6 27,3
	Existe com funcionamento insuficiente	9 40,9
	Existe e tem operação ótima	7 31,8
Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e as organizações comunitárias?	Existe com funcionamento básico	7 29,2
	Existe com funcionamento insuficiente	10 41,7
	Existe e tem operação ótima	7 29,2
	Não existe	1 3,7
Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	Existe com funcionamento básico	8 29,6
	Existe com funcionamento insuficiente	10 37,0
	Existe e tem operação ótima	8 29,6

Apêndice C. Tabela de análise descritiva geral da avaliação dos pontos de Atenção Secundária e Terciária à Saúde

Tabela 8. Análise descritiva da avaliação dos pontos de Atenção Secundária e Terciária à Saúde

Variáveis		N	%
No desenho da RCPD há uma articulação entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários (secundários e microrregião; terciários e macrorregião)?	Existe com funcionamento básico	3	8,8
	Existe com funcionamento insuficiente	18	52,9
	Existe e tem operação ótima	13	38,2
	Não existe	2	6,1
No desenho da RCPD considera-se uma escala mínima capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade?	Existe com funcionamento básico	5	15,2
	Existe com funcionamento insuficiente	11	33,3
	Existe e tem operação ótima	15	45,4
	Não existe	3	11,1
No desenho da RCPD considera-se a integração horizontal para obter ganhos de escala através de fusões ou alianças estratégicas?	Existe com funcionamento básico	7	25,9
	Existe com funcionamento insuficiente	13	48,2
	Existe e tem operação ótima	4	14,8
	Não existe	3	10,3
No desenho da RCPD há uma preocupação com processos de substituição dos pontos de atenção à saúde para prestar a atenção no lugar certo?	Existe com funcionamento básico	10	34,5
	Existe com funcionamento insuficiente	12	41,4
	Existe e tem operação ótima	4	13,8
	Não existe	5	20,0
No desenho da RCPD há um movimento de substituição hospitalar?	Existe com funcionamento básico	5	20,0
	Existe com funcionamento insuficiente	9	36,0
	Existe e tem operação ótima	6	24,0
	Não existe	6	22,2
Há a oferta de hospitais/dia?	Existe com funcionamento básico	5	18,5
	Existe com funcionamento insuficiente	9	33,3
	Existe e tem operação ótima	7	25,9
	Não existe	2	6,9
Há oferta de cirurgia ambulatorial?	Existe com funcionamento básico	12	41,4
	Existe com funcionamento insuficiente	8	27,6
	Existe e tem operação ótima	7	24,1
	Não existe	7	35,0
Há a oferta de internações domiciliares?	Existe com funcionamento básico	4	20,0
	Existe com funcionamento insuficiente	6	30,0
	Existe e tem operação ótima	3	15,0
	Não existe	2	7,4
Há a oferta de leitos de longa permanência?	Existe com funcionamento básico	8	29,6
	Existe com funcionamento insuficiente	11	40,7
	Existe e tem operação ótima	6	22,2
	Não existe	10	50,0
Há a oferta de centros de enfermagem (<i>nursing homes</i>)?	Existe com funcionamento básico	2	10,0
	Existe com funcionamento insuficiente	5	25,0
	Existe e tem operação ótima	3	15,0
	Não existe	1	4,2
Há a oferta de cuidados paliativos?	Existe com funcionamento básico	8	33,3
	Existe com funcionamento insuficiente	11	45,8
	Existe e tem operação ótima	4	16,7

(continua)

		(continuação)	
Variáveis		N	%
No desenho da RCPD há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?	Não existe	2	9,5
	Existe com funcionamento básico	7	33,3
	Existe com funcionamento insuficiente	9	42,9
	Existe e tem operação ótima	3	14,29%
Há serviços hospitalares de nível terciário para os cuidados aos traumas na atenção às urgências e emergências?	Não existe	1	3,2
	Existe com funcionamento básico	5	16,1
	Existe com funcionamento insuficiente	16	51,6
	Existe e tem operação ótima	9	29,0
Há serviços hospitalares de nível terciário para a atenção às urgências e emergências clínicas, especialmente as cardiovasculares?	Não existe	2	7,4
	Existe com funcionamento básico	7	25,9
	Existe com funcionamento insuficiente	9	33,3
	Existe e tem operação ótima	9	33,3
Há maternidade de alto risco para os cuidados às gestantes de alto risco?	Não existe	3	9,1
	Existe com funcionamento básico	7	21,2
	Existe com funcionamento insuficiente	10	30,3
	Existe e tem operação ótima	13	39,4
Ela opera de forma integrada a APS?	Não existe	2	7,4
	Existe com funcionamento básico	5	18,5
	Existe com funcionamento insuficiente	9	33,3
	Existe e tem operação ótima	11	40,7
Há casa de apoio à gestante e à puérpera articulada com a maternidade de alto risco?	Não existe	5	25,0
	Existe com funcionamento insuficiente	4	20,0
	Existe e tem operação ótima	11	55,0
	Não existe	5	27,8
Ela opera de forma integrada com a APS?	Existe com funcionamento insuficiente	5	27,8
	Existe e tem operação ótima	8	44,4
	Não existe	3	10,7
	Existe com funcionamento básico	3	10,7
Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às crianças?	Existe com funcionamento insuficiente	13	46,4
	Existe e tem operação ótima	9	32,1
	Não existe	3	12,5
	Existe com funcionamento básico	5	20,8
Eles operam de forma integrada à APS?	Existe com funcionamento insuficiente	8	33,3
	Existe e tem operação ótima	8	33,3
	Não existe	5	16,7
	Existe com funcionamento básico	3	10,0
Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados aos cânceres, especialmente de colo de útero e de mama?	Existe com funcionamento insuficiente	9	30,0
	Existe e tem operação ótima	13	43,3
	Não existe	5	19,2
	Existe com funcionamento básico	4	15,4
Eles operam de forma integrada à APS?	Existe com funcionamento insuficiente	9	34,6
	Existe e tem operação ótima	8	30,8
	Não existe	3	11,1
	Existe com funcionamento básico	5	18,5
Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças cardiovasculares?	Existe com funcionamento insuficiente	8	29,6
	Existe e tem operação ótima	11	40,7
	Não existe	3	11,1

(continua)

		(continuação)	
Variáveis		N	%
Eles operam de forma integrada com a APS?	Não existe	5	22,7
	Existe com funcionamento básico	3	13,6
	Existe com funcionamento insuficiente	8	36,4
	Existe e tem operação ótima	6	27,3
Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados ao diabetes?	Não existe	3	13,0
	Existe com funcionamento básico	3	13,0
	Existe com funcionamento insuficiente	9	39,1
	Existe e tem operação ótima	8	34,8
Eles operam de forma integrada com a APS?	Não existe	3	16,7
	Existe com funcionamento básico	2	11,1
	Existe com funcionamento insuficiente	7	38,9
	Existe e tem operação ótima	6	33,3
Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças renais?	Não existe	2	7,7
	Existe com funcionamento básico	2	7,7
	Existe com funcionamento insuficiente	10	38,5
	Existe e tem operação ótima	12	46,2
Eles operam de forma integrada com a APS?	Não existe	2	10,5
	Existe com funcionamento básico	2	10,5
	Existe com funcionamento insuficiente	7	36,8
	Existe e tem operação ótima	8	42,1
Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças respiratórias crônicas?	Não existe	4	16,0
	Existe com funcionamento básico	4	16,0
	Existe com funcionamento insuficiente	11	44,0
	Existe e tem operação ótima	6	24,0
Eles operam de forma integrada com a APS?	Não existe	4	18,2
	Existe com funcionamento básico	6	27,3
	Existe com funcionamento insuficiente	7	31,8
	Existe e tem operação ótima	5	22,7
Há serviços hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às urgências e emergências?	Não existe	1	2,9
	Existe com funcionamento básico	4	11,8
	Existe com funcionamento insuficiente	18	52,9
	Existe e tem operação ótima	11	32,4
Eles operam de forma integrada com a APS?	Não existe	1	3,7
	Existe com funcionamento básico	5	18,5
	Existe com funcionamento insuficiente	14	51,8
	Existe e tem operação ótima	7	25,9
Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica), para os cuidados às mulheres e às crianças?	Não existe	3	10,0
	Existe com funcionamento básico	8	26,7
	Existe com funcionamento insuficiente	10	33,3
	Existe e tem operação ótima	9	30,0
Eles operam de forma integrada com a APS?	Não existe	3	12,0
	Existe com funcionamento básico	7	28,0
	Existe com funcionamento insuficiente	11	44,0
	Existe e tem operação ótima	4	16,0
Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às mulheres e às crianças?	Não existe	2	7,7
	Existe com funcionamento básico	10	38,5
	Existe com funcionamento insuficiente	8	30,8
	Existe e tem operação ótima	6	23,1

(continua)

(continuação)

Variáveis	N	%
Eles operam de forma integrada à APS?	Não existe	2 8,3
	Existe com funcionamento básico	11 45,8
	Existe com funcionamento insuficiente	5 20,8
	Existe e tem operação ótima	6 25,0
Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados aos cânceres de mama e de colo de útero?	Não existe	4 13,3
	Existe com funcionamento básico	5 16,7
	Existe com funcionamento insuficiente	12 40,0
	Existe e tem operação ótima	9 30,0
Eles operam de forma integrada com a APS?	Não existe	4 15,4
	Existe com funcionamento básico	3 11,5
	Existe com funcionamento insuficiente	11 42,3
	Existe e tem operação ótima	8 30,8
Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e das pessoas idosas?	Não existe	3 10,7
	Existe com funcionamento básico	6 21,4
	Existe com funcionamento insuficiente	12 42,9
	Existe e tem operação ótima	7 25,0
Eles operam de forma integrada com a APS?	Não existe	3 12,0
	Existe com funcionamento básico	7 28,0
	Existe com funcionamento insuficiente	7 28,0
	Existe e tem operação ótima	8 32,0
Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à hipertensão e às doenças cardiovasculares?	Não existe	4 15,4
	Existe com funcionamento básico	3 11,5
	Existe com funcionamento insuficiente	11 42,3
	Existe e tem operação ótima	8 30,8
Eles operam de forma integrada a APS?	Não existe	4 17,4
	Existe com funcionamento básico	3 13,0
	Existe com funcionamento insuficiente	9 39,1
	Existe e tem operação ótima	7 30,4
Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao diabetes?	Não existe	4 14,3
	Existe com funcionamento básico	3 10,7
	Existe com funcionamento insuficiente	11 39,3
	Existe e tem operação ótima	10 35,7
Eles operam de forma integrada a APS?	Não existe	4 16,0
	Existe com funcionamento básico	3 12,0
	Existe com funcionamento insuficiente	9 36,0
	Existe e tem operação ótima	9 36,0
Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os transtornos mentais?	Não existe	3 10,7
	Existe com funcionamento básico	7 25,0
	Existe com funcionamento insuficiente	9 32,1
	Existe e tem operação ótima	9 32,1
Eles operam de forma integrada a APS?	Não existe	2 8,7
	Existe com funcionamento básico	6 26,1
	Existe com funcionamento insuficiente	6 26,1
	Existe e tem operação ótima	9 39,1
Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças renais?	Não existe	4 15,4
	Existe com funcionamento básico	4 15,4
	Existe com funcionamento insuficiente	12 46,2
	Existe e tem operação ótima	6 23,1

(continua)

(continuação)

Variáveis	N	%
Eles operam de forma integrada com a APS?	Não existe	4 19,1
	Existe com funcionamento básico	3 14,3
	Existe com funcionamento insuficiente	9 42,9
	Existe e tem operação ótima	5 23,8
Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao HIV/AIDS?	Não existe	3 13,0
	Existe com funcionamento básico	2 8,7
	Existe com funcionamento insuficiente	8 34,8
	Existe e tem operação ótima	10 43,5
Eles operam de forma integrada com a APS?	Não existe	3 14,3
	Existe com funcionamento básico	2 9,5
	Existe com funcionamento insuficiente	7 33,3
	Existe e tem operação ótima	9 42,9
Há serviços ambulatoriais e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à tuberculose?	Não existe	3 15,8
	Existe com funcionamento básico	4 21,1
	Existe com funcionamento insuficiente	6 31,6
	Existe e tem operação ótima	6 31,6
Eles operam de forma integrada com a APS?	Não existe	3 15,8
	Existe com funcionamento básico	4 21,6
	Existe com funcionamento insuficiente	7 36,8
	Existe e tem operação ótima	5 26,3
Há serviços de atenção ambulatorial especializado, de nível secundário, para os cuidados à hanseníase?	Não existe	4 18,2
	Existe com funcionamento básico	4 18,2
	Existe com funcionamento insuficiente	7 31,8
	Existe e tem operação ótima	7 31,8
Eles operam de forma integrada com a APS?	Não existe	4 20,0
	Existe com funcionamento básico	3 15,0
	Existe com funcionamento insuficiente	8 40,0
	Existe e tem operação ótima	5 25,0
Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às doenças bucais?	Não existe	2 7,7
	Existe com funcionamento básico	4 15,4
	Existe com funcionamento insuficiente	11 42,3
	Existe e tem operação ótima	9 34,6
Eles operam de forma integrada com a APS?	Não existe	2 8,0
	Existe com funcionamento básico	7 28,0
	Existe com funcionamento insuficiente	8 32,0
	Existe e tem operação ótima	8 32,0
As linhas-guia estabelecem claramente as relações aos serviços ambulatoriais e hospitalares com a APS?	Não existe	4 12,5
	Existe com funcionamento básico	6 24,0
	Existe com funcionamento insuficiente	11 44,0
	Existe e tem operação ótima	8 32,0
Há instrumentos operacionais eficazes de contra referência para a APS?	Não existe	1 5,3
	Existe com funcionamento básico	8 25,0
	Existe com funcionamento insuficiente	13 40,6
	Existe e tem operação ótima	7 21,9
É feita a modelagem de cada ponto de atenção à saúde ambulatorial ou hospitalar secundário, segundo as linhas-guia?	Não existe	1 5,3
	Existe com funcionamento básico	8 42,1
	Existe com funcionamento insuficiente	7 36,8
	Existe e tem operação ótima	3 15,8

(continua)

(continuação)

Variáveis	N	%
Essa modelagem descreve a carteira de serviços a ser ofertada?	Não existe	1 5,6
	Existe com funcionamento básico	6 33,3
	Existe com funcionamento insuficiente	6 33,3
	Existe e tem operação ótima	5 27,8
Essa modelagem implica a construção dos protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?	Não existe	1 4,8
	Existe com funcionamento básico	7 33,3
	Existe com funcionamento insuficiente	8 38,1
	Existe e tem operação ótima	5 23,8
Essa modelagem implica a elaboração de uma planilha a ser utilizada na programação do ponto de atenção à saúde?	Não existe	2 11,1
	Existe com funcionamento básico	4 22,2
	Existe com funcionamento insuficiente	8 44,4
	Existe e tem operação ótima	4 22,2

Apêndice D. Tabela de análise descritiva geral da avaliação do sistema logístico

Tabela 9. Análise descritiva geral da avaliação do sistema logístico

Variáveis	N	%
Existe um registro de base populacional único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais?	Existe com funcionamento básico	6 33,3
	Existe com funcionamento insuficiente	8 44,4
	Existe e tem operação ótima	4 22,2
Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	Existe com funcionamento básico	9 40,9
	Existe com funcionamento insuficiente	9 40,9
	Existe e tem operação ótima	4 18,2
Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	Não existe	5 15,6
	Existe com funcionamento básico	4 12,5
	Existe com funcionamento insuficiente	10 31,3
Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?	Existe e tem operação ótima	13 40,6
	Não existe	14 50,0
	Existe com funcionamento básico	8 28,6
O prontuário familiar eletrônico integra as informações da APS, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, os exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e de assistência farmacêutica?	Existe com funcionamento insuficiente	5 17,9
	Existe e tem operação ótima	1 3,6
	Não existe	14 56,0
O prontuário familiar eletrônico permite a emissão de receitas eletrônicas?	Existe com funcionamento básico	5 20,0
	Existe com funcionamento insuficiente	4 16,0
	Existe e tem operação ótima	2 8,0
O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar <i>feedbacks</i> relativos a situações de saúde definidas?	Não existe	13 68,4
	Existe com funcionamento básico	2 10,5
	Existe com funcionamento insuficiente	2 10,5
A equipe da APS agenda diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada?	Existe e tem operação ótima	2 10,5
	Não existe	15 83,3
	Existe com funcionamento insuficiente	2 11,1
A equipe da APS agenda diretamente o atendimento hospitalar eletivo?	Existe e tem operação ótima	1 5,6
	Não existe	10 33,3
	Existe com funcionamento básico	4 13,3
A equipe da APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?	Existe com funcionamento insuficiente	12 40,0
	Existe e tem operação ótima	4 13,3
	Não existe	11 42,3
Há um sistema de regulação das urgências e das emergências com médico regulador permanente?	Existe com funcionamento básico	5 19,2
	Existe com funcionamento insuficiente	6 23,1
	Existe e tem operação ótima	4 15,4
Há um sistema de transporte em saúde integrado na RCPD, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	Não existe	6 22,2
	Existe com funcionamento básico	6 22,2
	Existe com funcionamento insuficiente	10 37,0
Há um sistema de regulação das urgências e das emergências com médico regulador permanente?	Existe e tem operação ótima	5 18,5
	Não existe	3 13,6
	Existe com funcionamento básico	3 13,6
Há um sistema de transporte em saúde integrado na RCPD, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	Existe com funcionamento insuficiente	10 45,5
	Existe e tem operação ótima	6 27,3
	Não existe	6 23,1
Há um sistema de transporte em saúde integrado na RCPD, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	Existe com funcionamento básico	4 15,4
	Existe com funcionamento insuficiente	10 38,5
	Existe e tem operação ótima	6 23,1

(continua)

(continuação)

Variáveis	N	%
O sistema de transporte de urgências e emergências é prestado por ambulâncias de suporte básico e suporte avançado?	Não existe	2 6,9
	Existe com funcionamento básico	6 20,7
	Existe com funcionamento insuficiente	14 48,3
	Existe e tem operação ótima	7 24,1
O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	Não existe	1 3,9
	Existe com funcionamento básico	12 46,2
	Existe com funcionamento insuficiente	7 26,9
	Existe e tem operação ótima	6 23,1
O sistema tem um módulo de transporte de amostras de exames de análises clínicas?	Não existe	5 38,5
	Existe com funcionamento básico	3 23,1
	Existe com funcionamento insuficiente	3 23,1
	Existe e tem operação ótima	2 15,4
O sistema tem um módulo de transporte de resíduos em saúde com veículos adequados e sistema de incineração?	Não existe	3 15,0
	Existe com funcionamento básico	8 40,0
	Existe com funcionamento insuficiente	3 15,0
	Existe e tem operação ótima	6 30,0