



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA**



MARIANA NOSSA ARAGÃO

**LIMITES E DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
NO CONTEXTO MUNICIPAL**

**Salvador
2016**

MARIANA NOSSA ARAGÃO

**LIMITES E DESAFIOS DA IMPLANTAÇÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
NO CONTEXTO MUNICIPAL**

Dissertação apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), para apreciação da banca examinadora, como requisito parcial obtenção do título de mestre em Saúde Comunitária com concentração em Planificação e Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Maria Guadalupe Medina (Orientadora)
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Prof^a Dra. Patty Fidelis de Almeida
Instituto de Saúde da Comunidade/UFF

Prof^a Dra. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Prof^o Dr. Luis Eugênio Portela Fernandes de Souza
Instituto de Saúde Coletiva/UFBA

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

A659I Aragão, Mariana Nossa.

Limites e desafios da implantação de Redes de Atenção à Saúde no contexto municipal / Mariana Nossa Aragão. -- Salvador: M.N. Aragão, 2016.

156 f.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Guadalupe Medina.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Redes de Atenção à Saúde. 3. Regionalização. 4. Doenças Crônicas Não Transmissíveis. I. Título.

CDU 614.2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

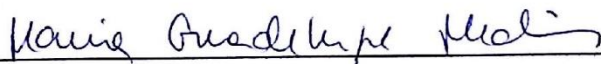
MARIANA NOSSA ARAGÃO

Avaliação do grau de implantação da rede de atenção à saúde de um município do Estado da Bahia: um estudo de caso.

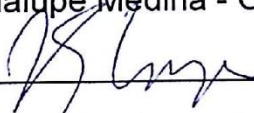
A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 31 de outubro de 2016

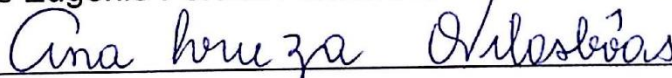
Banca Examinadora:



Profa. Maria Guadalupe Medina - Orientadora - ISC/UFBA



Prof. Luis Eugenio Portela Fernandes de Souza - ISC/UFBA



Profa. Ana Luiza Queiroz Vilasbôas - ISC/UFBA



Profa. Patty Fidelis de Almeida - CCM/UFF

Salvador
2016

Aos que se implicam e lutam pelo SUS...

AGRADECIMENTOS

Sou grata por tudo que tive a oportunidade de viver e todos que tive a oportunidade de (con)viver! Aqui destaco a minha própria “rede” de relações, fundamental para o desenlace desse ciclo e indutora de tantos outros ciclos que almejo.

Àqueles que foram e são protagonistas, que sejam sempre recordados como exemplos de sabedoria e mestres da vida.

Sou infinitamente grata por meus pais, Denise e Lula, pela existência, pelo incentivo irrestrito e amor incondicional. Se hoje aqui estou, é porque vocês nunca mediram esforços para fazerem dos meus sonhos, os seus...

Sou grata pela “Nossa” família e as que construí ao longo do percurso da vida...

Sou grata à Francisco, pelo amor e por acreditar em mim muito mais que eu mesma...

Sou grata aos professores do ISC, por suscitarem uma postura mais crítica, reflexiva e problematizadora ...Além de reforçarem cotidianamente a necessidade de luta por um SUS de todos e para todos...

Sou grata à Prof^a Ana Luiza Vilasbôas, por ter me acolhido no ISC e por isso, possibilitar tantos outros encontros neste prestigiado Instituto...

Sou infinitamente grata à Prof^a Guadalupe, por me mostrar cuidadosamente os caminhos e dar LUZ quando não mais conseguia enxergar...

Sou grata à banca, pelas inestimáveis considerações para o aprimoramento do nosso trabalho e colaboração desde quando esse estudo era simplesmente um projeto...

Sou grata à Kleydson, pelas assessorias epidemiológicas, pela amizade e por se manter perto de mim, mesmo longe...

Sou grata aos amigos que tanto apoiaram nessa caminhada...sem os quais seria muito mais difícil. Especialmente os GRABianos e BIDiadores (Erika, Ítalo e Luara)....

Sou extremamente grata aos funcionários do ISC – especialmente Wellington, Valéria, Nuncy e Bia – pelos constantes auxílios, cuidado e carinho...

Sou grata às pessoas do município em estudo, especialmente Washington Couto, pela abertura do campo, Valéria Dantas pela acolhida e Lidiane Tereza pelas imensuráveis colaborações...

Sou grata aos usuários e profissionais do SUS que compartilharam comigo suas trajetórias e processos de trabalho de forma tão solidária...

Aprendi que sozinhos somos fracos e juntos podemos ser melhores, por isso a GRATIDÃO resume esse momento.

“O trabalho em rede é a rede de serviços, mas também a rede feita de gente, de sangue, de coração, de pulsar. Se a gente não entender isso, realmente vai estar sempre construindo e do outro lado a coisa se acabando.”

(E7, 2016)

ARAGÃO, Mariana Nossa. **Limites e desafios da implantação de redes de atenção à saúde no contexto municipal.** Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador. 2016.

RESUMO

As consideráveis mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas no Brasil apontam para o envelhecimento populacional e o aumento das doenças crônicas, exigindo modificações na conformação do Sistema Único de Saúde (SUS). É, pois, necessário, um modelo de saúde que supere a fragmentação do sistema e que favoreça a integração dos serviços de saúde, de modo a assegurar acesso universal e continuidade assistencial. A organização do sistema de saúde baseado em rede se mostra mais eficiente na garantia da integralidade, bem como na redução de custos, na melhoria da qualidade da atenção e na satisfação dos usuários. Este estudo tem como objetivo estimar o grau de implantação da rede de atenção à saúde de um município sede de uma microrregião de saúde do Estado da Bahia. Trata-se de estudo avaliativo, utilizando a estratégia de estudo de caso único. No que concerne às categorias de análise desse estudo foram considerados 25 critérios que se agrupam em quatro dimensões, a saber: população e território, modelo de atenção, organização de serviços e infraestrutura e financiamento. Este estudo fez a combinação de diferentes fontes de informação e técnicas de produção de dados: (a) entrevistas com gestores da Secretaria Municipal de Saúde; (b) entrevistas com profissionais da saúde dos três níveis de atenção; (c) entrevistas com usuários; (d) informações registradas no diário de campo do pesquisador e (e) observação in loco. Para a análise dos dados, foi utilizada uma matriz de julgamento com perguntas de investigação e padrões para as dimensões e os critérios estabelecidos. Os resultados do estudo mostram a inexistência de uma rede de atenção implantada e que os obstáculos a essa implantação variam desde questões relacionadas ao processo de trabalho das equipes até questões macroestruturais, como o financiamento e a estrutura da rede, o modelo de atenção e a organização do sistema municipal. Diante dos critérios analisados, destacam-se como sendo os menos desenvolvidos aqueles das dimensões “população e território” e “modelo de atenção”. Os problemas identificados, a exemplo da baixa cobertura assistencial na estratégia de saúde da família; limitado acesso à atenção especializada; persistente desvalorização da atenção básica; pouca articulação entre os níveis de atenção e falta de medicamentos essenciais nas unidades básicas de saúde; dificultam a integralidade do cuidado e a continuidade assistencial.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Redes de Atenção à saúde. Regionalização. Doenças Crônicas não Transmissíveis.

ARAGÃO, Mariana Nossa. **Limits and challenges of implementation of integrated health care in a municipal context.** Dissertation (Masters in Public Health). Institute of Public Health, Federal University of Bahia, Salvador. 2016.

ABSTRACT

Significant demographic and epidemiological changes in Brazil indicate both the population-aging and an increase of chronic diseases. These changes indicate that an immediate change in the structure of the “Unified Health System” (SUS) is required. A health model that breaks the process of fragmentation of the system and ensures the integration of health services, can guarantee universal access and continuity of health care. A health system structure based on integrated health care is more efficient in guaranteeing completeness, reducing costs, improving the quality of care and user’s satisfaction. The purpose of this study is to estimate the degree of implementation of integrated health care in a city in a health micro region in the State of Bahia. This is an evaluative study using the single case strategy. The categories of analysis include 25 criteria and were grouped into four dimensions: population and territory, care model, service organization, and infrastructure and financing. This study used a combination of different sources of information: (a) interviews with managers of the Municipal Health Department; (b) interviews with health professionals at three levels of care; (c) interviews with health services users; (d) information recorded in the researcher's field diary and (e) in loco observation. For the data analysis, a matrix of judgment was used with research questions and standards for the established dimensions and criteria. The results of this study show a lack of implementation of an integrative health care model. The obstacles to its concreteness range from issues related to work processes of teams to more macro-structural issues, such as integrated financing and structure, care model and organization of the city health system. Considering the criteria analyzed, "population and territory" and "attention care model" are the dimensions with leading problems identified. As a result, low care coverage in the family health strategy; limited access to specialized care; persistent devaluation of basic care; little articulation between levels of health care and lack of essential drugs in the basic health units; makes it more difficult to maintain integral and continuous care.

Keywords: Primary health care. Integrated health care. Regionalization. Chronic diseases.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Estabelecimentos de saúde do município por tipo de gestão

Quadro 2 – Estabelecimentos de saúde do município por níveis de atenção

Quadro 3 – Dimensões e critérios de análise

Quadro 4 – Distribuição das UBS e USF por região de saúde do município

Figura 1 – Modelo Lógico - Dimensões e critérios para identificação e análise de iniciativas inovadoras de enfrentamento de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), centradas na atenção primária à saúde (APS)

Figura 2 – Modelo da Matriz de Julgamento

Figura 3 – Grau de implantação grau de implantação da rede de atenção à saúde segundo critérios e dimensões de análise em um município do estado da Bahia, 2016

Tabela 1 – Grau de implantação segundo dimensões e critérios de análise com seus respectivos escores, em um município do estado da Bahia, 2016

Tabela 2 – Grau de implantação segundo USF e UBS por Região de Saúde com seus respectivos escores, em um município do estado da Bahia, 2016

Gráfico 1 – Resultado global do Grau de implantação da rede de atenção à saúde segundo critérios e dimensões de análise em um município do estado da Bahia, 2016

Gráfico 2 – Grau de implantação das unidades de saúde (USF/UBS) segundo os 25 critérios de análise em um município do estado da Bahia, 2016.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABLS - Advanced Burn Life Support

ACLS - Advanced Cardiovascular Life Support

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CEMPRE - Centro Multiprofissional de Reabilitação Física

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CEONC - Centro de Oncologia

CEREST - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador

CESME - Centro Especializado em Saúde Mental

CIB - Comissão Intergestores Bipartite APEN

CIR - Comissão Intergestores Regional

CLS - Conselhos Locais de Saúde

CMS - Conselho Municipal de Saúde

CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

COAP - Contrato Organizativo da Ação Pública

CRAS - Centros de Referência da Assistência Social

CRES - Centro de Referência de Especialidades em Saúde DST/AIDS

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DM - Diabetes Mellitus

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

FESF - Fundação Estatal de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

MS - Ministério da Saúde

NAQ - Núcleo de Qualidade Hospitalar

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

PA - Pronto Atendimento

PDR - Plano Diretor de Regionalização

PHTLS - PreHospital Trauma Life Support

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PPI - Pactuação Pactuada e Integrada

PSE - Programa Saúde na Escola

RAS - Redes de Atenção à Saúde

SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS - Unidade Básica de Saúde

Unicef - Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNIFAL - Unidade de Apoio às Pessoas com Doença Falciforme

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USF - Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1.0 INTRODUÇÃO	13
2.0 OBJETIVO	21
3.0 METODOLOGIA	22
3.1 Elementos teórico-conceituais sobre Redes de Atenção à Saúde	22
3.2 Delineamento do estudo	24
3.3 Seleção e características do caso	25
3.4 Dimensões e critérios para avaliação da rede de atenção	27
3.5 Produção dos dados	34
3.6 Aspectos éticos	38
4.0 RESULTADOS	39
4.1 Apreciação global da rede de atenção à saúde do município	39
4.2 Análise segundo dimensões e critérios	50
4.2.1 População e território	50
4.2.2 Modelo de Atenção	58
4.2.3 Organização de serviços	67
4.2.4 Infraestrutura e financiamento	80
5.0 DISCUSSÃO	87
6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS	94
REFERÊNCIAS	96
APÊNDICE A	105
APÊNDICE B	112

APÊNDICE C	134
APÊNDICE D	135
ANEXO 1: PROTOCOLO DE PESQUISA E ANÁLISE DOS DADOS	136
ANEXO 2: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	153

APRESENTAÇÃO

Esta dissertação de mestrado é resultado de um estudo de caso desenvolvido em um município sede de uma microrregião do estado da Bahia, que tomou como objeto de investigação as redes de atenção em saúde. A pesquisa teve como objetivo avaliar a implantação da rede de atenção à saúde de um município sede de uma microrregião de saúde do Estado da Bahia, discutindo possíveis fatores facilitadores e obstáculos na implantação das redes de atenção à saúde.

Ressalta-se que, mesmo antes da minha inserção no Programa de Pós Graduação, houve uma aproximação com a temática das redes de atenção através do projeto “O Sistema Único de Saúde em Estados e Municípios”, no qual se desenvolveu uma metodologia de avaliação de redes centradas na atenção primária à saúde voltadas para doenças crônicas não transmissíveis. As inquietações acerca das formas de operacionalização das redes de atenção me levaram à busca dessa investigação.

Na dissertação estão delineados os principais resultados e considerações do estudo, além de uma breve reflexão teórico-conceitual sobre redes de atenção à saúde, na tentativa de melhor compreender esse campo repleto de dissensos. Nos anexos encontra-se o protocolo de pesquisa e análise dos dados e o documento de aprovação do comitê de ética em pesquisa. Nos apêndices são elencadas as definições das dimensões e critérios de análise, a matriz de julgamento com dimensões, critérios, perguntas de investigação e padrões, a relação das entrevistas realizadas e por fim, o termo de consentimento livre e esclarecido.

A coleta de dados e transcrição das entrevistas foi viabilizada por recurso proveniente do Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2013-2017), coordenado pelo Profº Drº Jairnilson Paim (ISC/UFBA).

1.0 INTRODUÇÃO

A constituição de sistemas universais de saúde é um desafio na organização dos serviços de saúde. Historicamente, o Reino Unido já debate essa temática desde 1948, com a criação do Serviço Nacional de Saúde (*National Health Service*) que garantia acesso universal a cuidados gratuitos e integrais, inaugurando um novo marco na organização dos sistemas de saúde contemporâneos (CONILL, 2006). A primeira menção explícita à “cobertura universal” pela OMS aparece em um dos relatórios para a 58ª Assembleia Geral, em 2005, tendo início a transformação do sentido de “direito à saúde” e “acesso universal e igualitário aos cuidados de saúde” para o conceito de “cobertura universal” (NORONHA, 2013).

A partir dos anos 1970, diversos países da Europa e América Latina implementaram reformas nos sistemas sanitários, instituindo a descentralização como uma diretriz importante desse processo (ALMEIDA, 2008). No Brasil, a partir do final da década de 1980, após a aprovação da nova Constituição Federal e das Leis 8.080/90 e 8.142/90, foram dados os primeiros passos para o desencadeamento da concretização do SUS (TEIXERA; SOUZA; PAIM, 2014). Nesse contexto, a descentralização político administrativa do sistema de saúde foi também uma diretriz importante que teve o intuito de empoderar as gestões locais, o que, por sua vez, trouxe avanços para a organização dos serviços de saúde (SILVA, 2013).

No Brasil, a descentralização teve como principal característica a municipalização – transferência para os municípios de atribuições de gestão antes centralizadas na União – estimulando a ampliação da capacidade instalada dos municípios. Enquanto os municípios de menor porte se restringiram a assumir a gestão direta dos serviços básicos de saúde, os de maior porte passaram a gerir e executar todas as ações de saúde, da atenção básica à média e alta complexidade (SILVA, 2013). Entretanto, diversos municípios brasileiros – de pequeno, médio ou grande porte – vêm enfrentando dificuldades para assegurar de modo efetivo e eficiente a atenção à saúde às suas populações. Essas dificuldades se relacionam, especialmente, à falta de integração entre os níveis assistenciais, que compromete o acesso à atenção especializada (ALMEIDA, 2010a).

É, pois, necessário, para superar essas dificuldades, implantar um modelo de saúde que supere a fragmentação do sistema, que possibilite garantir a integração dos serviços de saúde, de modo a assegurar acesso universal e continuidade assistencial (LAVRAS, 2011; MENDES, 2011).

A organização de serviços em rede é debatida desde o Relatório Dawson, que propunha a organização de serviços de saúde em territórios definidos, em níveis de complexidade distintos, cuja configuração se diversificava a depender das necessidades locais de saúde da população e sua situação geográfica na região ou país. Contrapondo-se ao modelo flexeneriano de cunho curativo, fundado na atenção individual, esta forma de organização em rede a partir de bases populacionais, propõe a integralidade como característica básica dessa forma de pensar a saúde (INFORME DAWSON, 1920).

Em 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) realizaram a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, propondo um acordo entre seus países membros com o objetivo de alcançar o maior nível de saúde possível até o ano 2000, através da Atenção Primária à Saúde (APS). Nesta Conferência, a APS foi colocada como modo de atingir a saúde enquanto direito humano fundamental, numa perspectiva interdisciplinar, com participação social na gestão e no controle de suas atividades, colocando os governos nacionais como protagonistas da gestão dos sistemas de saúde (OMS, 1978; MATTOS, 2000). No Brasil, nos anos noventa, a concepção de APS foi renovada, se diferenciando da concepção seletiva de APS, denominou-se atenção básica em saúde, sendo definida como “ações individuais e coletivas situadas no primeiro nível, voltadas à promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação” (GIOVANELLA, 2009, p.784)

Apesar das metas de Alma-Ata nunca terem sido alcançadas em sua plenitude, a APS tornou-se uma referência indispensável para as reformas sanitárias ocorridas em diversos países nos anos 80 e 90 do último século (MATTOS, 2000).

A partir da década de 1990, foram também observadas propostas de integração em saúde em diversos países europeus, no Canadá e nos Estados Unidos (MENDES, 2011). Adicionalmente, existem outros precedentes que embasam os sistemas de saúde na APS, a exemplo da Carta de Ljubljana para a Reforma da Saúde adotada pela União Europeia em 1996, que afirma que os sistemas de saúde devem ser centrados nas pessoas, auto-suficientes, focados na qualidade, com financiamento sólido, receptivos à escolha do cidadão, baseados em evidências e exige gerenciamento, recursos humanos e coordenação política fortes (WHO, 1996).

Dessa maneira, a partir das fontes consultadas, notadamente percebe-se evidências robustas que justificam a APS como ordenadora do cuidado nos sistemas integrados de saúde. Mendes (2007) aponta ser a APS mais adequada quando comparada a sistemas de baixa orientação para a APS, pois se organiza a partir das necessidades de saúde da população; mais

efetiva no enfrentamento das doenças crônicas; mais eficiente por apresentarem menores custos; mais equitativos, pois discriminam positivamente regiões e grupos com mais necessidades de saúde; e de maior qualidade, uma vez que a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos são colocadas em destaque.

Em face aos problemas de fragmentação dos modelos do cuidado em saúde, a integração dos serviços é posta como prerrogativa essencial nas reformas das políticas públicas centradas na APS (LEATT; PINK; GUERRIERE, 2000), embora de difícil realização (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). A fragmentação do sistema pode ser entendida como o não oferecimento de toda a gama de serviços possíveis, falta de coordenação e continuidade entre os diferentes níveis de cuidado e não atendimento às necessidades das pessoas (OPAS, 2010).

A Organização Pan Americana de Saúde publicou um documento em que recomenda a seus países-membros a organização de redes integradas dos serviços de saúde como recurso para superar a fragmentação dos sistemas de saúde (OPAS, 2010).

No Brasil, a temática das redes de atenção entrou na agenda política de modo mais contundente no contexto de construção do SUS, sendo a noção de rede um aspecto fundamental no debate sobre modelos de organização dos serviços de saúde. Percebe-se então que a noção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) não é nova, sendo determinada na Constituição Federal, no artigo 198, onde dispõe que “as ações e os serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único (...)” (BRASIL, 1988).

Entretanto, a fragmentação do sistema de saúde brasileiro impossibilita-o de se constituir como um sistema propriamente dito e exercer princípios constitucionais de universalidade, integralidade e igualdade. Portanto, para que sejam cumpridos todos esses princípios, inicialmente, deve ser efetivamente cumprido o que versa no artigo 198 supracitado. Sendo então o princípio da integralidade da assistência à saúde da pessoa aquele que norteará o sistema de saúde conformado em uma rede de serviços (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2004).

A partir de 1994 a lógica sistêmica do sistema de saúde é novamente colocada em debate, através das gestões municipais semiplenas, iniciando um ciclo maior de reflexão e planejamento acerca dos fluxos e ferramentas regulatórias no SUS (MAGALHÃES JUNIOR, 2010). Por conseguinte, as reformas sobre a organização de serviços regionalizados foram colocadas em debate a partir da Norma Operacional de Assistência à Saúde, em 2000 (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010; 2011). Em seguida, este debate se fortaleceu especialmente com o Pacto pela Saúde, em 2006, através de formas menos rígidas de arranjos

regionais e culminou na Portaria 4.279/2010, estabelecendo as diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2006; 2010).

A Política Nacional da Atenção Básica, ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, destaca a importância do seu papel na organização de redes de atenção à saúde, situando a Estratégia de Saúde da Família como centro ordenador do cuidado na APS do modelo de saúde brasileiro, incorporando os princípios da Reforma Sanitária (BRASIL, 2011b).

Mais recentemente, com o decreto 7.508/2011 – que regulamenta a Lei 8.080/1990 – o debate é retomado trazendo aspectos importantes referentes à articulação interfederativa da assistência à saúde através do Contrato Organizativo da Ação Pública (COAP), e da criação da Comissão Intergestores Regional (CIR), com vistas à integração das redes de saúde, tendo como finalidade a garantia da integralidade da assistência (BRASIL, 2011a).

A implantação de redes se justifica pela constatação de que a fragmentação dos componentes de um sistema de saúde e do processo de cuidado se mostra como aspecto ineficiente e produtor de baixa qualidade na atenção aos usuários (SILVA, 2014).

A organização dos serviços de saúde em redes regionalizadas e integradas presume relações horizontalizadas, tendo a APS como coordenadora do cuidado integral e de ordenadora do acesso aos demais pontos de atenção da rede. Para este fim, torna-se necessário dispor de profissionais devidamente capacitados, ações suficientemente abrangentes e articuladas que englobem desde a prevenção, até a cura e a reabilitação, além de desfrutar de mecanismos articuladores dos demais níveis e pontos da rede (CONILL; FAUSTO; GIOVANELLA, 2010; GIOVANELLA, 2006).

Assim, a APS galga uma posição central na organização das redes, como a base do sistema, sendo o seu fortalecimento um elemento essencial para a efetivação do cuidado resolutivo, e para isso deve cumprir seus atributos essenciais: acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação (STARFIELD, 2002).

Para se figurar enquanto base do sistema se faz necessário que se estruture enquanto um ponto forte de atenção, de forma capilarizada por todo o território, resolutiva – conhecendo e atendendo com efetividade os problemas mais comuns da população – além de trabalhar como ponto central de comunicação da RAS, compartilhando o cuidado com os outros pontos da rede (BRASIL, 2011b).

Percebe-se, entretanto, que os problemas para a operacionalização da APS como centro da organização das RAS são numerosos, conforme destaca Silva (2014):

“(…) financiamento insuficiente, infraestrutura física e de recursos inadequada e prevalência de um modelo assistencial centrado em procedimentos e distanciado das necessidades dos usuários. A baixa disponibilidade de profissionais capacitados para atuar na AB [Atenção Básica], em especial, de médicos especializados em saúde da família e comunidade, é uma das principais causas da baixa resolutividade.” (p. 172)

Esses problemas que atingem a APS prejudicam a sua consolidação como coordenadora do cuidado integral e ordenadora da rede e da formação médica no Brasil (SILVA, 2014), apesar de se observar iniciativas que visem à minimização desses problemas, como é o caso do Programa Mais Médicos (BRASIL, 2013a) e o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) que tem como um de seus principais objetivos induzir a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade da Atenção Básica no SUS (BRASIL, 2011c).

Mendes (2007) aponta algumas barreiras para a implantação das redes de atenção à saúde, como: sistemas de informação deficientes, APS de baixa qualidade, protagonismo da atenção especializada, incentivos financeiros contraditórios à conformação das redes, fragilidade dos processos gerenciais, hipervalorização das ações da atenção secundária e terciária pelos usuários e debilidade dos sistemas logísticos de saúde.

Na tentativa de operacionalizar as redes de atenção no país, o Ministério da Saúde (MS), desde 2011, vem incentivando a conformação das redes por meio de normativas que definem e financiam redes temáticas ou linhas de cuidado, como comumente chamadas, quais sejam: Rede Cegonha, Rede de Atenção às Urgências e Emergências, Rede de Atenção Psicossocial, Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (BRASIL, 2014a). A racionalidade desse formato é justificada pelo MS pela capacidade indutora de determinados temas na agenda da organização do conjunto da RAS, facilitando, ao longo do tempo, a expansão para o conjunto integral da assistência (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Instituída pela portaria nº 252 de 2013 (BRASIL, 2013b) e redefinida pela portaria nº 483 de 2014 (BRASIL, 2014b), a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas tem como objetivo suscitar modificações no modelo de atenção através da qualificação do cuidado em todos os níveis de atenção, que dê conta de um cuidado coordenado, continuado, organizado, integrado e proativo (MENDES, 2012).

A institucionalização da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas faz parte de um eixo de cuidado integral do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022, em que são elencadas como prioridades as principais doenças crônicas do Brasil: doenças cardiovasculares, doenças

respiratórias crônicas, diabetes e os cânceres (BRASIL, 2011d). Essa estratégia está consonante com as consideráveis mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas no Brasil que apontam para o envelhecimento populacional e aumento das doenças crônicas (BRASIL, 2011), exigindo modificações na conformação do Sistema Único de Saúde (SUS). As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) representam um importante problema de saúde pública, com alta magnitude, por possuírem elevada carga de morbimortalidade, constituindo-se em objeto de prioridade das intervenções de saúde no Brasil (BARROS et al., 2006; BARROS et al., 2011; SCHMIDT et al., 2011; ISER et al., 2011; MALTA et al., 2013; MUNIZ et al., 2012; COSTA; THULER, 2012), tendo como maior destaque acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas (MALTA; SILVA JR, 2013).

Com relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), a prevalência desta doença evoluiu de 21,6% para 25,2% entre 2006 e 2009, estando relacionada a: sexo feminino, baixa escolaridade, baixa renda, aumento na idade, cor da pele negra, índice de massa corpórea elevado e ~~residir em~~ áreas urbanas. Quando se avaliou a situação epidemiológica do Diabetes Mellitus (DM), observou-se, nos dados do VIGITEL, que a prevalência de DM avançou de 2006 a 2009, passando de 5,3% para 8,3%. Identificou-se ainda que os fatores de risco para HAS são também comuns ao DM (SCHMIDT et al., 2011; ISER et al., 2011).

Quanto à epidemiologia do câncer, há tendência de aumento da taxa de mortalidade (76,39 por 100 mil habitantes) e o sexo masculino apresenta taxa de mortalidade maior que o sexo feminino (WUNSC FILHO; MONCAU, 2002; CERVI et al., 2005).

Com relação à asma, a prevalência estimada no Brasil variou de 4,4% a 8,1%, para o período entre 1991 e 2010. Em todos os estudos, a intervenção na atenção primária para a asma consistiu em ações de: capacitação dos profissionais; melhoria da oferta de serviços e em atividades educativas para os pacientes (BARROS et al., 2011; WEHRMEISTER et al., 2012; WEHRMEISTER; PERES, 2010).

Dessa maneira, o atual quadro sanitário brasileiro é derivado das transformações relacionadas ao aumento da expectativa de vida, aos padrões de consumo e de modos de viver, sendo tais modificações responsáveis pelo crescimento da população de idosos e aumento da carga de DCNT (MALTA; MERHY, 2010; MENDES, 2011; LESSA, 2004; SCHMIDT et al., 2011). A significativa prevalência das DCNT tem aumentado em velocidade expressiva, produzindo efeitos importantes sobre o sistema de saúde. Nesse sentido, muitos países tem operado reformas em seus sistemas de saúde nos aspectos gerenciais e nos modelos que orientam as práticas e processos de trabalho, com o objetivo de responder às necessidades sociais e direcionar políticas e programas para prevenção, diagnóstico, tratamento e controle

das DCNT, principalmente no âmbito da APS (MENDES, 2012; GIOVANELA, 2011; HOFMARCHER et al., 2007).

Em vista disso, torna-se imperativo para a gestão municipal pactuar regionalmente, por intermédio da Comissão Intergestores Regional (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) a completude das ações e dos serviços necessários para a atenção integral da pessoa com doença crônica não transmissível, com inclusão de seus termos no Contrato Organizativo de Ação Pública de Saúde (COAP) (BRASIL, 2013c).

No estado da Bahia, o processo de regionalização foi favorecido a partir da elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) em 2001, revisado em 2003, alterado em 2004 e revisto em 2007, definindo um arranjo territorial composto por nove macrorregiões (norte, oeste, centro-oeste, sudoeste, centro-leste, nordeste, leste, sul e extremo-sul) e 28 regiões de saúde, cada qual com seu Município pólo (BAHIA, 2012). O PDR teve como objetivo principal favorecer a regionalização das ações e serviços de saúde com garantia de acesso à saúde resolutivo e com equidade (BAHIA, 2007).

Em decorrência deste novo arranjo regional, consonante com a portaria nº 399 de 2006 que instituiu o Pacto pela Saúde, foram constituídas as instâncias regionais de pactuação com o objetivo de efetivar os processos de planejamento no SUS, potencializando os arranjos regionais de saúde, de modo a tornar as regiões de saúde mais resolutivas (BRASIL, 2006).

Nessa disposição regionalizada, Leal e colaboradores (2012) apontam que foi através da Pactuação Pactuada e Integrada (PPI) que buscou-se planejar e programar as ações de saúde na perspectiva da capacidade instalada de serviços, bem como do fluxo de acesso de usuários.

Apesar do vasto aparato legal que institui as regiões de saúde, a sua efetivação não é percebida – apesar da criação das CIR como importante espaço de debate e implementação das redes de atenção à saúde – se tornando “meras divisões burocráticas dos estados ou uma incipiente estrutura com uma pequena equipe que faz mediação entre os municípios das questões relacionadas à pactuação financeira da média e da alta complexidade” (MAGALHÃES JUNIOR, 2014, p. 29).

Na tentativa de romper com esse desenho organizacional, no Decreto nº 7.508/2011 (BRASIL, 2011), as macrorregiões e microrregiões foram descontinuadas, sendo instituído um mapa de saúde para cada região, desenhado na perspectiva das redes de atenção à saúde, organizado a partir da construção de uma programação de ações dos serviços de saúde. Incorpora-se também o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), atrelado às metas pactuadas em cada território e região, ou seja, busca-se emparelhar a programação financeira à pactuação entre os gestores. Dessa forma, o decreto pretende reforçar o planejamento

regionalizado, a partir da definição dos desenhos de redes, com a finalidade de fortalecer uma gestão mais democrática e efetiva (LEAL et al, 2012).

Dessa maneira, tem-se suscitado debates e proposições em prol de reformas organizacionais dos sistemas de saúde, não só no Brasil, mas no mundo, de modo a torná-los mais regionalizados e cooperativos.

O êxito do processo de regionalização no Brasil subordina-se a uma série de fatores inerentes à conjuntura política, social e econômica. Nesse movimento, a esfera estadual assume importante papel de força propulsora, organizadora, mediadora, catalizadora e moduladora, “responsável pela condução e coordenação direta das ações junto aos municípios que compõem as regiões” (PESTANA; MENDES, 2004).

Entende-se que a implementação das Redes de Atenção à Saúde no SUS é dependente de estratégias, tanto em um nível macro quanto em um nível micro dos sistemas de saúde, que devem caminhar de forma alinhada para a operacionalização dos resultados objetivados. A análise deste trabalho se debruçará para o contexto local, um município de médio porte.

Embora sejam necessários, os estudos de avaliação da organização e do funcionamento das redes de atenção à saúde são difíceis de realizar. Trata-se – na maioria – de avaliações parciais, que não dão conta da totalidade dos componentes das redes de atenção, não existindo instrumentos consensuais para a sua avaliação.

A realização deste estudo se justifica, portanto, pela relevância de avaliar globalmente as redes de atenção à saúde, tanto nos aspectos relacionados às práticas dos serviços quanto nas suas formas de organização. Além disso, pela possibilidade de produção de uma análise crítica sobre o processo de implantação da rede de atenção à saúde no âmbito municipal, bem como os fatores envolvidos na implantação de redes de atenção, a fim de subsidiar os profissionais de saúde e gestores na tomada de decisões e elucidar os rumos para melhoria do sistema de saúde.

Coloca-se como necessário o estudo do grau de implantação da rede de atenção à saúde de um município sede localizado em uma região de saúde do estado da Bahia, objetivando o desenvolvimento de um arcabouço avaliativo que poderá contribuir com avaliações similares no âmbito da saúde coletiva, haja vista a grande magnitude que as doenças crônicas não transmissíveis ocupam no panorama brasileiro. Assim, conhecer os possíveis fatores facilitadores e obstáculos na implantação das redes de atenção à saúde pode sinalizar alguns meios de alcance de um sistema de saúde mais integral.

Dessa forma, este estudo apresenta como pergunta de investigação: qual o grau de implantação da rede de atenção à saúde em um município sede de microrregião do estado da Bahia?

2.0 OBJETIVO

- Estimar o grau de implantação da rede de atenção à saúde de um município sede de uma microrregião de saúde do Estado da Bahia.

3.0 METODOLOGIA

3.1 Elementos teórico-conceituais sobre Redes de Atenção à Saúde

No campo da saúde, a proposição de organização de serviços em rede é debatido desde o Relatório Dawson, com base em territórios definidos, com níveis de complexidade distintos (centros de saúde primários, centros de saúde secundários e hospitais escola). Sendo assim, os centros de saúde primários se organizavam de acordo com as necessidades locais de saúde da população (INFORME DAWSON, 1920).

A literatura nacional e internacional dispõe de uma vasta produção sobre redes de atenção à saúde, haja vista a sua importância na qualificação dos sistemas de saúde frente ao crescente aumento da incidência e prevalência das doenças crônicas não transmissíveis. A organização do sistema de saúde baseado em rede se mostra mais eficiente na garantia da integralidade, bem como a contribuição para a redução de custos e a melhoria da qualidade da atenção e a satisfação dos usuários (MENDES, 2011; SILVA 2011).

A compreensão do que é rede é um ponto fundamental no debate acerca dos modelos de organização dos serviços de saúde. Entretanto, cabe destacar a inexistência de consenso acerca da concepção de redes de atenção, existindo distintas noções. Percebe-se uma compreensão de redes de atenção tanto baseada em serviços regionalizados e hierarquizados, organizados em níveis de complexidade e densidade tecnológica distintas, quanto a concepção de redes de atenção horizontalizadas, com maior fluidez e sem hierarquia na conformação dos serviços de saúde (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; MENDES, 2010; 2011). Na compreensão de redes de atenção horizontalizadas, observa-se a inexistência de hierarquia entre os serviços, sem atribuí-los diferentes graus de importância. Dessa forma, acredita-se que essa forma de organização possibilite uma comunicação horizontal, não autoritária (TANAKA, 2011).

Ademais, a concepção de redes de atenção à saúde ganha diferentes abordagens entre os diversos autores. A começar pela concepção normativa, prevista na Portaria nº 4.279 de 2010 (BRASIL, 2010) que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, em que se conceitua Rede de Atenção à Saúde 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.”

De modo semelhante, Silva e Magalhães Junior (2013, p. 81) entendem rede de atenção à saúde como sendo “uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território”, em que os distintos níveis de atenção estejam articulados e em conformidade para o atendimento integral dos usuários.

Nesse seguimento, a rede de atenção também é percebida na sua configuração policêntrica, através de nós e vínculos que se estabelecem entre eles, de modo que transpareça a ideia de fluxos e de circulação. Destaca-se ainda a natureza não hierárquica e interdependente (LIMA; RIVIERA, 2007).

Há quem discuta (LAVRAS, 2011) a perspectiva de redes de atenção como “arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde”, abarcando diferentes densidades tecnológicas entre os pontos de atenção que devem estar constantemente integrados por meio dos sistemas de apoio e de gestão.

Caminhando neste sentido, Costa e Santos (2014), ressaltam o papel fundamental da APS como centro comunicador da rede, incutindo aspectos relativos ao acesso e atenção integral na prestação de cuidados de saúde no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Por este ângulo, Chiavagatti e colaboradores (2012) assinalam a necessidade de romper com o conceito de centralidade do cuidado, oferecendo dinamismo e flexibilidade aos serviços, de modo a gerar uma atenção mais adequada.

Giovanella (2011) destaca a coordenação do cuidado como uma estratégia que se sustenta na existência de uma rede integrada de prestadores de serviços de saúde, “de modo que distintas intervenções sejam percebidas e vividas pelo usuário de forma contínua, adequada às suas necessidades de atenção em saúde e compatível com suas expectativas pessoais”.

De maneira semelhante, a ideia de continuidade do cuidado é colocado por Jackson e colaboradores (2012), na medida em que eles ressaltam a importância de não haver interrupções e lacunas de informação quando das transições de um componente de cuidado para outro.

Todavia, qual seja a conformação que a rede é descrita, alguns de seus elementos constitutivos devem estar presentes. Como primeiro componente das redes de atenção à saúde, tem-se uma população, geralmente dividido a luz da abrangência das unidades de saúde da família, com suas demandas assistenciais; seguidamente, a carta de serviços de saúde existentes; a logística que orienta e controla os fluxos dos usuários e o acesso aos serviços; e o sistema de governança da rede (OPAS, 2010; MENDES, 2010; SILVA, 2011, 2013).

Similarmente, existe a necessidade de um sistema de informação que dê suporte contínuo à integração dos diversos pontos da rede, por isso, o prontuário eletrônico de uso

compartilhado torna-se vital para o bom funcionamento da rede. Da mesma forma, um sistema regulado de transporte sanitário se faz necessário, bem como os mecanismos de educação permanente dos profissionais, e as relações intermunicipais bem fundamentadas com objetivo de garantir a integralidade do cuidado (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Portanto, existe um entendimento de que os sistemas organizados em redes de atenção resultam em diversos benefícios, como a melhoria da qualidade da atenção, maior efetivação da integralidade, redução de custos com os serviços, além do aumento da satisfação dos usuários (SANTOS; ANDRADE, 2011; SILVA, 2011). Dessa forma, as principais finalidades da rede apontadas pelos autores foram a integralidade do cuidado, continuidade do cuidado, a racionalização de custos e a otimização do processo de trabalho.

3.2 Delineamento do estudo

Trata-se de estudo avaliativo, utilizando a estratégia de estudo de caso único, com a finalidade de estimar o grau de implantação da rede de atenção à saúde de um município sede de uma microrregião de saúde do estado da Bahia. O estudo de caso é caracterizado como uma investigação empírica de um fenômeno que não pode ser desagregado do seu contexto (YIN, 2001). Este estudo está aninhado no projeto desenvolvido pelo Programa Integrado de Pesquisa e Cooperação Técnica em Formação e Avaliação da Atenção Básica (GRAB/ISC) intitulado “O Sistema Único de Saúde em Estados e Municípios” cujo propósito foi o desenvolvimento de uma metodologia de avaliação de experiências inovadoras de redes centradas na atenção primária à saúde voltadas para doenças crônicas não transmissíveis (MEDINA et al., 2015). É importante que se explicita o entendimento de inovação como equivalente a novidade e incorporação de novas técnicas, introduzindo o “novo” em relação ao preexistente, com a finalidade de promover mudança (SANTOS, 1987).

Compreende-se por “implantação” a operacionalização prática de uma intervenção, em um dado contexto, nas dimensões simbólicas, organizacionais e físicas (TORNATZSKY; JOHNSON, 1982). Para Contandriopoulos (1997), uma intervenção se configura como um conjunto de meios (físicos, humanos, financeiros e simbólicos) estruturados em um contexto específico, em certo momento, com objetivo de produzir bens ou serviços para modificar uma situação problemática.

Dessa forma, produziu-se conhecimento singular sobre certa realidade, emitindo um julgamento de valor sobre o objeto da avaliação (DENIS; CHAMPAGNE, 1997). Do ponto de

vista da pesquisa avaliativa, objetiva-se “analisar, mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de ‘adequação’ entre os diferentes componentes de uma intervenção” (CHAMPAGNE et al., 2011a, p. 54 e 55).

Concebendo as “redes de atenção à saúde” como objeto deste estudo, buscou-se investigar as diferenças entre a intervenção planejada e aquela realmente implantada, referindo-se, portanto, às variáveis da integralidade da intervenção. Integralidade aqui associada “à validade de conteúdo da intervenção, à intensidade com que as atividades são realizadas e à adequação de tais atividades às normas existentes”. Cabe sinalizar que a validade de conteúdo está associada à exaustividade dos componentes implementados da intervenção, a intensidade revela a suficiência das atividades realizadas e a adequação diz respeito à qualidade das atividades realizadas, ou seja, ao atendimento às normas de estrutura (recursos) e de processos (CHAMPAGNE et al., 2011b, p. 226).

3.3 Seleção e características do caso

O caso foi definido por conveniência, atendendo a critérios, como: (a) ser um município de médio porte; (b) estar habilitado na gestão plena do sistema pela NOB-96; (c) ser referência de microrregião a qual pertence; (d) ter alto percentual de adesão das equipes de Saúde da Família ao PMAQ-AB 2º ciclo; (e) dispor de uma rede de serviços capaz de oferecer atendimento em todos os níveis de complexidade; (f) haver uma parceria institucional entre o município e o Instituto de Saúde Coletiva e (g) ter proximidade geográfica com o centro de pesquisa que desenvolve esse estudo.

O caso selecionado para esta pesquisa foi um município que faz parte da Macrorregião Leste do Estado da Bahia, e integra a Região Metropolitana de Salvador, distando 41 quilômetros da capital do Estado da Bahia, com população estimada em torno de 300.000 habitantes (IBGE, 2016). Possui uma extensão territorial de aproximadamente 784.658 km², e a organização político-administrativa abrange três distritos sanitários.

O município é dividido em dois distritos (orla e sede) e à época da pesquisa de campo possuía seis regiões de saúde, com uma apoiadora institucional e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de referência para cada região de saúde – sendo que a região 3 estava sem UBS de referência, pois havia se tornado Unidade de Saúde da Família (USF).

O sistema municipal de saúde está habilitado em gestão plena desde 1998. A estrutura administrativa da Secretaria Municipal da Saúde conta com três assessorias (administrativa,

comunicação e jurídica) e seis departamentos, a saber: Departamento Administrativo Financeiro, Departamento Acompanhamento e Avaliação do SUS, Departamento de Média e Alta Complexidade e Assistência Hospitalar, Departamento de Auditoria/Controle e Regulação do SUS, Departamento de Vigilância à Saúde e Departamento de Atenção Básica.

A Secretaria Municipal da Saúde (SESAU) é o Órgão da Prefeitura Municipal que tem por finalidade a formulação da política municipal de saúde e a execução de ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde no município.

A rede de serviços de serviços de saúde encontra-se distribuída nos níveis primário, secundário e terciário e é composta por 3.668 profissionais de saúde (CNES, 2016), conforme detalhamento abaixo:

Quadro 1: Estabelecimentos de saúde do município por tipo de gestão

PRÓPRIOS	PRIVADOS	ESTADUAL
61	203	1

Quadro 2: Estabelecimentos de saúde do município por níveis de atenção

ATENÇÃO PRIMÁRIA	07 UBS 30 USF (46 Equipes de Saúde da Família)
ATENÇÃO ESPECIALIZADA PRÓPRIA	03 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) - CAPS II, CAPSad e CAPSia Centro Especializado em Saúde Mental (CESME) 06 Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) Centro de Referência de Especialidades em Saúde DST/AIDS (CRES) Centro Multiprofissional de Reabilitação Física (CEMPRE) Centro de Oncologia (CEONC) Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) Unidade de Apoio às pessoas com Doença Falciforme (UNIFAL) Hospital Dia (antiga policlínica de especialidades do Centro) Laboratório Central Academia da Saúde Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF 1 – pertencente a região de saúde 1)

ATENÇÃO TERCIÁRIA PRÓPRIA	Hospital Estadual 01 Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 04 Pronto Atendimentos (PA) Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU – suporte básico e avançado de vida) Unidade Móvel de Assistência à saúde
------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Além desses serviços, ainda faz parte do município uma Central de Regulação de Serviços de Saúde e uma Central de Regulação Médica das Urgências. O município possui também três NASF sob gestão da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) (NASF 2, 3 e 4, campo de prática da Residência Multiprofissional, apoiando a região de saúde 3).

3.4 Dimensões e critérios para avaliação da rede de atenção

Para estimativa do grau de implantação, foram adotados os critérios e as dimensões de análise elaborados pelo projeto em que este estudo está aninhado (MEDINA et al., 2015).

As dimensões e os critérios de análise foram estabelecidos, em etapa anterior a este estudo, a partir de um agrupamento de critérios sugeridos em artigos empíricos que relatavam experiências exitosas em rede. Esses artigos, depois de identificados e selecionados nas bases bibliográficas, foram objetos de revisões sistemáticas, cujos resultados foram submetidos a especialistas com *expertise* na área em questão (gestores e pesquisadores) em uma Conferência de Consenso que teve como objetivo validar as dimensões e os critérios propostos para identificação de iniciativas inovadoras para organização de redes centradas na atenção primária à saúde e voltadas para doenças crônicas não transmissíveis. Os participantes da conferência atribuíram uma pontuação de 0 a 10, para a relevância do critério ou da dimensão de avaliação. Vale ressaltar que houve um alto grau de concordância entre os participantes no julgamento da relevância de critérios e dimensões.

Realizou-se, em etapa anterior ao projeto, um estudo piloto (em dois municípios da macrorregião leste do estado da Bahia) com a finalidade de testar a metodologia e os instrumentos propostos para avaliação de redes de atenção à saúde, bem como os aspectos relacionados à logística do campo.

Finalmente, foram adotados 25 critérios (MEDINA et al., 2015) que são agrupados em quatro dimensões de análise (Quadro 3): população e território, modelo de atenção, organização

de serviços e infraestrutura e financiamento. O detalhamento das definições referentes às dimensões e aos critérios adotados para essa avaliação está sistematizado no Apêndice A.

Tomando como base a metodologia proposta por Medina e colaboradores (2015), a primeira dimensão de análise – população e território – sendo o componente fundamental da rede de atenção à saúde, traz à tona importantes elementos da territorialização, na tentativa de captar as necessidades de saúde da população. Contempla os seguintes critérios: adscrição populacional, mapeamento do território, realização de análise da situação de saúde, experiência de uso de serviços, intersetorialidade e participação social.

Na segunda dimensão – modelo de atenção – são levados em consideração os enfoques assistenciais e gerenciais na prestação do cuidado ao usuário por meio da intervenção sobre determinantes, riscos e danos, de acordo com certos padrões de qualidade. Representa a interação do sistema de serviços de saúde com a população e seu território, configurando um determinado modelo de atenção, a ser caracterizado de acordo com os sete critérios selecionados: acolhimento, adoção de protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas, existência de gerente de caso, desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, qualidade técnica dos serviços ofertados, compartilhamento de responsabilidades entre profissionais e incentivo ao autocuidado e autonomia do usuário.

Em seguimento, tem-se a terceira dimensão – organização de serviços – em que são tratados aspectos relacionados às estruturas e aos processos que proporcionam organicidade ao conjunto de serviços componentes da rede, sendo: apoio matricial, institucionalização da avaliação e do monitoramento das ações de saúde, definição de papéis e responsabilidades entre serviços e profissionais, estrutura e processo de regulação do acesso, regulação de serviços, governança, comunicação entre profissionais e registro/compartilhamento das informações. Um conjunto de premissas, elencadas nos oito critérios acima colocados, precisa ser atendido para que as condições do processo de trabalho nos serviços sejam asseguradas, de modo a garantir uma prestação de cuidado adequado e integral.

Por fim, na quarta dimensão – infraestrutura e financiamento - os aspectos que criam as condições para o desenvolvimento dos processos gerenciais e assistenciais são levados em consideração, tais como os recursos humanos, físicos, materiais e imateriais. Abarca os seguintes critérios de análise: estrutura da rede, financiamento abrangente e suficiente, valorização profissional e educação permanente dos trabalhadores de saúde. Tais aspectos possibilitam a sustentabilidade e o suporte ao funcionamento da rede, sem os quais os projetos – ainda que bem intencionados – não são capazes de se concretizar.

Quadro 3 – Dimensões e critérios de análise

DIMENSÕES	CRITÉRIOS
População e território	<ol style="list-style-type: none"> 1. Adscrição populacional 2. Mapeamento do território 3. Realização de análise da situação de saúde 4. Experiência de uso de serviços 5. Intersetorialidade 6. Participação social
Modelo de atenção	<ol style="list-style-type: none"> 7. Acolhimento 8. Adoção de protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas 9. Existência de gerente de caso 10. Desenvolvimento de ações de promoção e prevenção 11. Qualidade técnica dos serviços ofertados 12. Compartilhamento de responsabilidades entre profissionais 13. Incentivo ao autocuidado e autonomia do usuário
Organização de serviços	<ol style="list-style-type: none"> 14. Apoio matricial 15. Institucionalização da avaliação e monitoramento das ações de saúde 16. Definição de papéis e responsabilidades entre serviços e profissionais 17. Estrutura e processo de regulação do acesso 18. Regulação de serviços 19. Governança 20. Comunicação entre profissionais 21. Registro/Compartilhamento das informações
Infraestrutura e financiamento	<ol style="list-style-type: none"> 22. Estrutura da rede 23. Financiamento da rede 24. Valorização profissional 25. Educação permanente dos trabalhadores de saúde

Com a finalidade de sistematizar as dimensões e os critérios para avaliação da rede de atenção, foi elaborado um esquema diagramático (HARTZ, 1999) do modelo lógico (Figura 1), correspondente a uma imagem-objetivo da rede de atenção à saúde centrada na Atenção Primária, ou seja, como a intervenção idealmente funcionaria e seus resultados esperados. A imagem-objetivo contempla os atributos estruturais e organizacionais necessários para implantação da rede de atenção à saúde.

O modelo teórico-lógico se configura como o primeiro passo no desenho de uma avaliação e é composto pela micro-teoria, que diz respeito aos aspectos estruturais e operacionais relacionados com os recursos, as atividades e os resultados, e pela macro-teoria da intervenção, que abarca os aspectos organizacionais e sócio-políticos relacionados à implantação (MEDINA et al., 2005).

O modelo teórico-lógico de uma rede de atenção centrada na APS deve conter um grupo de componentes que atendam a determinados princípios organizativos, de forma a garantir acesso, integralidade, qualidade técnico-científica e efetividade a ações e serviços de promoção da saúde e prevenção de agravos para a população. O modelo em questão aponta as condições necessárias para a implantação da rede na captação de iniciativas inovadoras (MEDINA et al., 2015).

Dessa forma, o modelo lógico esquematizado na Figura 1 sumariza as quatro dimensões e os 25 critérios de análise propostos nesse trabalho, ilustrado em círculos e divididos em camadas. As setas presentes na diagramação do modelo lógico expressam as relações entre as dimensões do estudo, em que a seta mais espessa indica que a camada mais interna determina a mais externa e as setas menos espessas indicam a condicionalidade entre elas, expressando uma estreita interrelação entre as quatro camadas e entre os critérios de uma mesma camada.

Dessa forma, com base no modelo lógico adotado, procurou-se estimar em que medida a experiência avaliada se aproxima ou se distancia de uma experiência inovadora de construção de redes de atenção à saúde, estabelecendo-se escores.

Para a estimação numérica do grau de implantação, utilizou-se uma matriz de julgamento (MEDINA et al., 2015), que contempla o cotejamento das diversas fontes de informações para produção de evidências, considerando a necessidade de ações nos diversos âmbitos de atenção: promoção, prevenção e cuidado primário, secundário e terciário (APÊNDICE B). Conforme explicitada em um modelo na Figura 2, a matriz de julgamento corresponde a uma ferramenta na qual estão explicitadas:

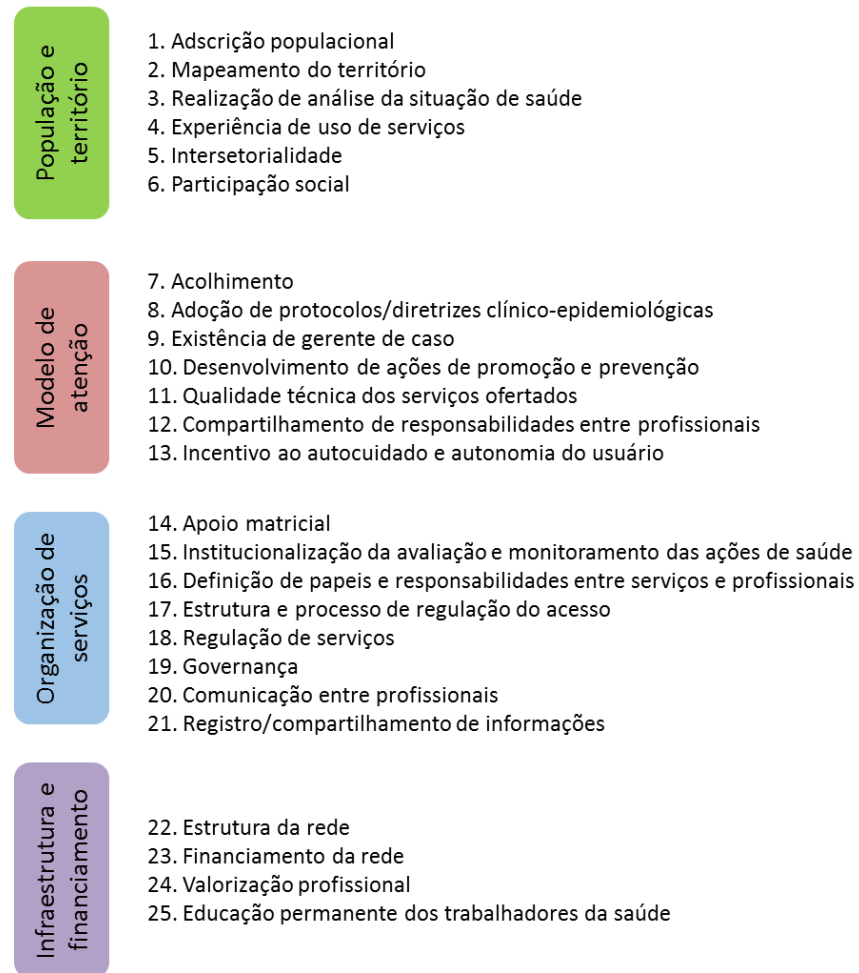
a) Perguntas de investigação (coluna 1): para cada critério, foram formuladas perguntas de investigação – de uma a sete perguntas, a depender da necessidade do critério – cujas respostas indicariam o cumprimento ou não do critério;

b) Gradação da pontuação (coluna 2): cada critério recebeu uma pontuação que variou de 0 a 10. Foi atribuída – a depender da especificidade de cada critério – pontuação para a equipe/serviço e para o conjunto das equipes/município/região de saúde, sendo essa última uma análise no nível municipal ou regional;

c) Observações que objetivam chamar a atenção do pesquisador para aspectos específicos (coluna 3).

A pontuação final de cada critério obedeceu a uma combinação dos escores da(s) pergunta(s) de investigação e a construção dos padrões, sempre que possível, baseou-se em documentos normativos-institucionais do Ministério da Saúde. Durante a análise, foi realizado cotejamento de todos os instrumentos pertinentes a cada critério, possibilitando a apreciação de consistência das informações prestadas. A completude da análise com todos os elementos descritos acima permitiu uma apreciação final do grau de implantação da rede de atenção.

Figura 1: Modelo Lógico - Dimensões e critérios para identificação e análise de iniciativas inovadoras de enfrentamento de doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), centradas na atenção primária à saúde (APS)



Fonte: Medina et al., 2015.

Figura 2: Modelo da Matriz de Julgamento

DIMENSÃO		
CRITÉRIO		
PERGUNTA(S) DE INVESTIGAÇÃO	GRADAÇÃO	OBSERVAÇÕES
a) ...	PARA A EQUIPE/SERVIÇO	
	Variação de 0 a 10	
	PARA O CONJUNTO DAS EQUIPES/MUNICÍPIO/REGIÃO DE SAÚDE	
	Variação de 0 a 10	
b) ...	PARA A EQUIPE/SERVIÇO	
	Variação de 0 a 10	
	PARA O CONJUNTO DAS EQUIPES/MUNICÍPIO/REGIÃO DE SAÚDE	
	Variação de 0 a 10	

Fonte: Medina et al., 2015.

3.5 Produção dos dados

A pesquisa é do tipo estudo de caso com a combinação de diferentes fontes de informação e técnicas de produção de dados: (a) entrevistas com gestores da SMS; (b) entrevistas com profissionais da saúde; (c) entrevistas com usuários; (d) informações registradas no diário de campo do pesquisador e e) observação *in loco*. Destaca-se que a parcela referente à análise documental proposta pela metodologia do projeto maior foi suprimida.

Para tanto, foram utilizados o protocolo de pesquisa (ANEXO 1) e 15 roteiros de entrevista – contidos no relatório final do projeto – (MEDINA et al., 2015) que foram atualizados após a conferência de consenso, quais sejam: sete para os profissionais envolvidos com a gestão, seis para aqueles envolvidos nos três níveis de atenção, um para os usuários da APS e um para observação direta da estrutura e do funcionamento dos serviços.

Conforme a proposta do projeto (MEDINA et al., 2015) que também previa a observação *in loco*, foi realizada como uma estratégia complementar de investigação em campo, visando a auxiliar na pontuação dos critérios, na medida em que favorecem uma verificação da consistência das informações fornecidas pelas entrevistas, permitindo uma análise qualitativa das dimensões e critérios propostos.

No que concerne aos gestores foram incluídos nas entrevistas: (a) secretário de saúde; (b) coordenador da atenção primária; (c) coordenador da atenção especializada; (d) coordenador da atenção hospitalar; (e) coordenador da urgência e emergência; (f) coordenador dos sistemas de informação, (g) diretor de planejamento e (h) coordenador do serviço de regulação.

Para as entrevistas com os profissionais foram selecionados: (a) profissionais das unidades básicas de saúde; (b) profissionais das unidades de saúde da família; (c) profissional do núcleo de apoio à saúde da família (preferencialmente aquele envolvido com ações de apoio matricial); (d) profissional do centro de atenção psicossocial (preferencialmente aquele envolvido com ações de apoio matricial); (e) profissional dos serviços de urgência e emergência; (f) profissionais da atenção especializada e g) profissional da atenção hospitalar.

Tomou-se como critérios de inclusão (MEDINA et al., 2015) comuns aos profissionais de todos os níveis de atenção: (a) ser o profissional com maior envolvimento nas atividades de coordenação da equipe; (b) ser o profissional que agrega maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe/serviço; (c) atuar no município e/ou equipe há, pelo menos, um ano e (d) assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE D).

Sobre os profissionais da APS (USF/UBS) foram selecionados preferencialmente enfermeiro, médico ou cirurgião-dentista, nesta ordem de preferência.

De modo a garantir uma seleção representativa (tanto no que se refere à tipologia das unidades e distribuição geográfica) dos serviços de atenção básica do município, a seleção das UBS e USF foi distribuída entre as seis regiões de saúde (Quadro 4) – englobando sede (regiões 1, 2, 3 e 4) e orla (regiões 5 e 6) – que compunham o município. Dessa forma, selecionou-se uma UBS para cada região de saúde (porém uma região estava sem UBS de referência) e garantiu-se que em cada região de saúde fosse entrevistada pelo menos uma USF (houve uma região de saúde em que foram entrevistadas duas USF). Ao total, foram selecionadas cinco UBS e sete USF. A seleção das unidades se deu através de indicação da gestão municipal por viabilidade dos sujeitos a serem entrevistados.

Para os profissionais da atenção Especializada, foi entrevistado uma médica endocrinologista (Hospital Dia) e também por indicação da gestão municipal, foi entrevistado uma médica mastologista do Centro de Oncologia.

Para os profissionais da atenção de urgência e emergência adotam-se os seguintes critérios adicionais: (a) aqueles lotados em serviços de urgência e emergência de unidades hospitalares e/ou serviços de pronto atendimento e/ou serviços de atendimento móvel de urgência e (b) que recebem pacientes em situação de agudização da condição crônica supracitada. Foi selecionada para entrevista a única Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do município, sob gestão terceirizada.

Para os profissionais da atenção hospitalar foram elegidos os seguintes critérios adicionais: (a) profissionais lotados em unidades hospitalares e (b) responsáveis pela internação e/ou acompanhamento de usuários com a condição crônica supracitada. O município possui um Hospital Geral, sob gestão Estadual, que foi também selecionado para a pesquisa.

Para seleção dos usuários da APS adotam-se como critérios de inclusão: (a) aqueles cadastrados e adscritos às respectivas equipes investigadas; (b) serem portadores das seguintes condições crônicas: hipertensão e/ou diabetes e/ou asma e/ou DPOC e/ou câncer; (c) possuir histórico de frequência regular ao serviço de APS e (d) ter necessitado de encaminhamento para consultas especializadas (atenção secundária) ou agendamento de exames de média e/ou alta complexidade ou encaminhamento para serviços de urgência, emergência e/ou hospitalares. A seleção dos usuários se deu através de indicação do profissional de cada unidade de atenção básica entrevistado, sendo indicado o local de moradia com a colaboração do Agente Comunitário que acompanha o usuário.

Os gestores e profissionais foram entrevistados no seu ambiente de trabalho, pois favorecer a observação e o processo de trabalho deste. Os usuários tiveram suas entrevistas agendadas em ambiente domiciliar e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) acompanhou o

pesquisador com o intuito de apenas localizar a rua e o domicílio sem, no entanto, presenciar a entrevista, a fim de não provocarem constrangimentos aos entrevistados.

Foram realizadas no total 38 entrevistas, conforme detalhado no Apêndice C, e posteriormente transcritas e analisadas segundo as dimensões e critérios propostos.

A partir do modelo idealizado, a rede de atenção à saúde foi avaliada quanto ao grau de implantação na perspectiva da identificação de iniciativas inovadoras, sendo o cálculo do escore final obtido pelo média dos escores das dimensões analisadas. Dessa forma, procurou-se estimar em que medida o município estudado se constitui como uma experiência inovadora na construção de redes de atenção à saúde. Isso implica no atendimento de forma satisfatória todos os critérios apresentados em cada dimensão e todas as dimensões elencadas. Dessa forma, não é factível uma rede que atenda muito bem aos critérios de uma dimensão e que seja insuficiente em outras.

A partir do escore alcançado, classificou-se o grau de implantação das redes de atenção à saúde em quatro categorias (MEDINA et al., 2015):

- a) Rede Inexistente: valor obtido menor ou igual a 5;
- b) Rede incipiente sem inovação: valor entre 5 e 7,5;
- c) Rede existente com indícios de inovação: valor entre 7,5 e 8,5 (desde que nenhuma dimensão e nenhum critério tenham pontuação <5);
- d) Rede com presença de inovação: valor entre 8,5 e 10.

Na análise, também foram considerados os obstáculos relacionados à implantação da rede de atenção à saúde, considerando as diferentes dimensões e critérios para avaliação de redes de atenção à saúde.

Quadro 4 – Distribuição das UBS e USF por região de saúde do município

REGIÃO 1	REGIÃO 2
<u>UBS 1</u> *	<u>UBS 2</u> *
<u>USF1</u> *	<u>USF 2</u> *
USF 1.2	USF 2.1
USF 1.3	UBS 2.2
USF 1.4	USF 2.3
	USF 2.4
	USF 2.5
	USF 2.6
REGIÃO 3	REGIÃO 4
<u>USF 3</u> *	<u>UBS 4</u> *
USF 3.1	<u>USF 4</u> *
USF 3.2	USF 4.1
USF 3.3	USF 4.2
USF 3.4	USF4.3
USF 3.5	
REGIÃO 5	REGIÃO 6
<u>UBS 5</u> *	<u>UBS 6</u> *
<u>USF 5</u> *	UBS 6.1
<u>USF 5.2</u> *	<u>USF 6</u> *
USF 5.3	USF 6.1
USF 5.4	USF 6.2
USF 5.5	USF 6.3
USF5.6	
USF 5.7	

* Unidades selecionadas

3.6 Aspectos éticos

Partindo do pressuposto de que a ética deve permear todo o processo de pesquisa, o presente estudo seguiu os preceitos recomendados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, no que se relaciona a pesquisa envolvendo seres humanos, bem como será assegurado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todos os participantes do estudo (APÊNDICE D) (BRASIL, 2012).

Será mantida a confidencialidade das informações contidas nos instrumentos de pesquisa em todas as etapas da investigação e a publicação dos resultados em qualquer relatório de pesquisa ou qualquer documento que derive dela se dará de maneira tal que os participantes não sejam identificados. A participação dos sujeitos será se forma voluntária, podendo se abster do processo de investigação a qualquer momento e o objetivo, bem como os procedimentos do estudo serão informados aos participantes.

Essa pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “O Sistema de Saúde em Estados e Municípios. Identificando iniciativas inovadoras: estratégias para avaliação de redes centradas na atenção primária à saúde voltadas para doenças crônicas não transmissíveis”, aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde Coletiva da UFBA, parecer 182.667 de 18/12/2012, CAAE: 09857912.1.0000.5030 (ANEXO 2) e possui anuência da gestão municipal para a realização da pesquisa.

4.0 RESULTADOS

4.1 Apreciação global da rede de atenção à saúde do município

Conforme sintetiza a Tabela 1, o município alcançou pontuação global de 2,4 (de um total de 10) no que se refere ao grau de implantação da rede de atenção à saúde, evidenciando um baixo desempenho global da rede. Pode-se confirmar que existe uma estrutura de serviços de saúde, porém esta não está configurada como uma rede – conforme os critérios de análise – constatando-se inexistência de rede.

De modo geral, todas as dimensões do estudo atingiram pontuações muito baixas. A dimensão melhor pontuada foi “Infraestrutura e financiamento” (escore 2,83) e a menor pontuada foi “População e território” (escore 1,7). A maioria dos critérios (84%) limitou-se ao escore “inexistente”, 12% alcançaram escore “moderado” e somente um critério logrou o escore “avançado”. Assim sendo, os critérios mais bem avaliados foram: experiência de uso de serviços (escore 7,5), incentivo ao autocuidado e autonomia do usuário (escore 10), estrutura e processo de regulação do acesso (escore 7,5) e valorização profissional (escore 7,8). Cabe sinalizar a pontuação nula de quinze dos 25 critérios que compõe esse estudo, comprometendo sobremaneira a avaliação global do município. Assim, há que considerar preocupante o fato dos escores alcançados estarem muito aquém da imagem-objetivo traçada.

As regiões com melhores escores globais foram a região 5 e a região 1, respectivamente, situadas na orla e na sede (Tabela 2). Essa situação pode ser atribuída à presença de duas USF que se destacaram pela pontuação global alcançada, devido a algumas estratégias diferenciadas desenvolvidas nas unidades. Cabe destacar, nessas unidades, o acolhimento com classificação de risco como prática institucionalizada; ações cotidianas de promoção à saúde e prevenção de doenças, riscos e agravos (incluindo exercícios da medicina chinesa, como as técnicas de respiração); estrutura física da unidade apropriadamente arquitetada para comportar uma unidade de saúde; reuniões de equipe semanais aliadas a processos de educação permanente; histórico profissional de militância na saúde coletiva e clareza do papel do médico na APS. Além disso, pode-se observar algumas atividades de caráter inovador, tais como a utilização de familiograma, como forma de traçar e detectar novos casos de DCNT dentro da família; atendimento de acompanhamento e desenvolvimento infantil feito em grupos na brinquedoteca da unidade e horta comunitária implantada na área externa da unidade. Igualmente, vale destacar ainda que uma das equipes supracitadas já foi premiada em uma mostra nacional sobre Saúde da Família, sendo reconhecida como equipe modelo.

As Unidades de Saúde da Família obtiveram – de modo geral – melhor pontuação quando comparadas às Unidades Básicas de Saúde (Tabela 2, Gráfico 2). As diferenças encontradas entre as duas modalidades assistenciais revelam características das USF que sobrepõem ao modelo tradicional das UBS, tais como o acolhimento como prática institucionalizada, ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, riscos e agravos mais consolidadas; rotina mais estabelecida de análise de situação de saúde; maior satisfação do usuário e trabalhadores que se sentem mais valorizados profissionalmente. Esse achado pode reiterar a maior potencialidade do modelo de Saúde da Família quando confrontado com o modelo tradicional.

Foram identificados limites na operacionalização das redes de atenção à saúde no município, de modo que foram percebidos obstáculos estruturais importantes e entraves nos processos de trabalho dos serviços de saúde, que muito provavelmente trazem como resultado uma baixa efetividade da APS. Com isso, percebeu-se que a APS ainda se revela pouco resolutiva no município estudado, uma vez que alguns princípios fundamentais não são assegurados, a exemplo da suficiência da cobertura de atenção básica, a longitudinalidade do cuidado, a coordenação do cuidado e o acesso oportuno aos níveis mais especializados do sistema de saúde. Essa realidade pode ser evidenciada a partir do ponto de vista do entrevistado, a seguir:

“[...] a conformação em rede que vai nos dar a garantia de resultados, de efetividade, porque muitas vezes você trabalha numa gestão e quando ela funciona desarticulada você pode até conseguir oferecer os serviços, mas os resultados que você consegue desse processo não vão gerar esse grau de efetividade que a gente quer. O que a gente quer? A gente quer que o paciente seja atendido, que ele tenha o seu cuidado garantido, que ele seja muito bem recepcionado, ou seja, o tratamento seja adequado também desde o seu processo de recepção até os resultados que vão derivar do cuidado em si. E quando você não trabalha em rede, você perde e a linha do cuidado fica fragilizada, você não consegue dar sequência.” (E7, 2016).

Percebe-se, portanto, pouca articulação entre os níveis de atenção – especialmente entre a atenção especializada e a atenção básica – ; dificuldade logística na marcação de consultas especializadas (pois não mais é feita nas unidades de atenção básica, e sim na central de marcação, o que foi relatado pelos usuários como um fator dificultador); limitado acesso à atenção especializada (consulta e exames especializados); número insuficiente de profissionais nas unidades de atenção básica (especialmente médicos e ACS) e atenção especializada; falta de medicamentos essenciais nas unidades de APS; dificuldade de transporte para realização de visitas domiciliares; falta de um profissional farmacêutico como membro da equipe nas USF e

UBS e persistente predomínio de uma visão economicista da saúde, na medida em que um cirurgião-dentista tem atendido a duas equipes.

Com relação aos aspectos estruturais, foi colocada a necessidade de melhoria da infraestrutura das unidades por todos os profissionais da APS entrevistados, aquisição de aparelhos de ar condicionado, bem como a manutenção (preventiva e corretiva) dos equipamentos. Em uma avaliação mais abrangente, o financiamento para a saúde é considerado insuficiente pelos gestores municipais para atender as necessidades do sistema voltado às doenças crônicas não transmissíveis e a persistente desvalorização da atenção básica, acompanhada de baixa cobertura assistencial na estratégia de saúde da família ainda são problemas persistentes observados.

Algumas proposições foram colocadas por profissionais da atenção especializada e por gestores, respectivamente, a exemplo da necessidade de investir em um centro municipal especializado em diabetes e hipertensão e a necessidade de implementação de mecanismos administrativos efetivos de controle. Também foi pontuado pelos próprios profissionais a necessidade de maior investimento em capacitações voltadas às necessidades dos serviços; estratégias inovadoras de cuidado para populações vulneráveis específicas, como população de rua; criação de abrigo para idosos e creches públicas.

Foi observada uma rede de atenção ainda muito hospitalocêntrica, focada na doença, não hierarquizada e pouco voltada para o cuidado. Em decorrência das fragilidades apontadas, foi citado pelo gestor responsável pela regulação no município a migração dos usuários para outros municípios em busca de atendimento, sendo uma prática antiga a aquisição de ambulâncias para regulação de usuários.

Na tentativa de superação dos mecanismos pouco efetivos de pactuações intermunicipais, existe um movimento no município de criação do consórcio de saúde – com o projeto de lei já encaminhado para a câmara dos vereadores. Nesse sentido, existe uma proposta de implantação de policlínicas regionais, através de convênios estaduais – na tentativa de ampliar o acesso às especialidades médicas.

Percebeu-se a necessidade de redução da segmentação entre os serviços, que por sua vez, devem ser devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos, orientando o fluxo dos usuários pelos pontos da rede, com vistas à constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde, capazes de superar as lacunas assistenciais e a racionalização de custos em saúde.

A seguir, apresenta-se o detalhamento das pontuações referentes aos critérios de cada dimensão de análise, divididos em quatro escalonamentos: inexistente, incipiente, moderado e avançado (Figura 3, Gráfico 1).

Tabela 1

Grau de implantação segundo dimensões e critérios de análise com seus respectivos escores, em um município do estado da Bahia, 2016.

Dimensões e critérios de análise	Pontuações
D1 POPULAÇÃO E TERRITÓRIO	1,7
C1 Adscrição populacional	0
C2 Mapeamento do território	2,5
C3 Realização de análise da situação de saúde	0
C4 Experiência de uso de serviços	7,5
C5 Intersetorialidade	0
C6 Participação social	0
D2 MODELO DE ATENÇÃO	2,1
C7 Acolhimento	0
C8 Adoção de protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas	0
C9 Existência de gerente de caso	0
C10 Desenvolvimento de ações de promoção e prevenção	0
C11 Qualidade técnica dos serviços ofertados	0
C12 Compartilhamento de responsabilidades entre profissionais	5
C13 Incentivo ao autocuidado e autonomia do usuário	10
D3 ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS	2,81
C14 Apoio matricial	0
C15 Institucionalização da avaliação e monitoramento das ações de saúde	5
C16 Definição de papéis e responsabilidades entre serviços e profissionais	5
C17 Estrutura e processo de regulação do acesso	7,5
C18 Regulação de serviços	0
C19 Governança	5
C20 Comunicação entre profissionais	0
C21 Registro/Compartilhamento das informações	0
D4 INFRAESTRUTURA E FINANCIAMENTO	2,83
C22 Estrutura da rede	3,5
C23 Financiamento da rede	0
C24 Valorização profissional	7,8
C25 Educação permanente dos trabalhadores de saúde	0
Escore Global (D1+D2+D3+D4)/4	2,4

- INEXISTENTE
- INCIPIENTE
- MODERADO
- AVANÇADO

Fonte: Autoria própria.

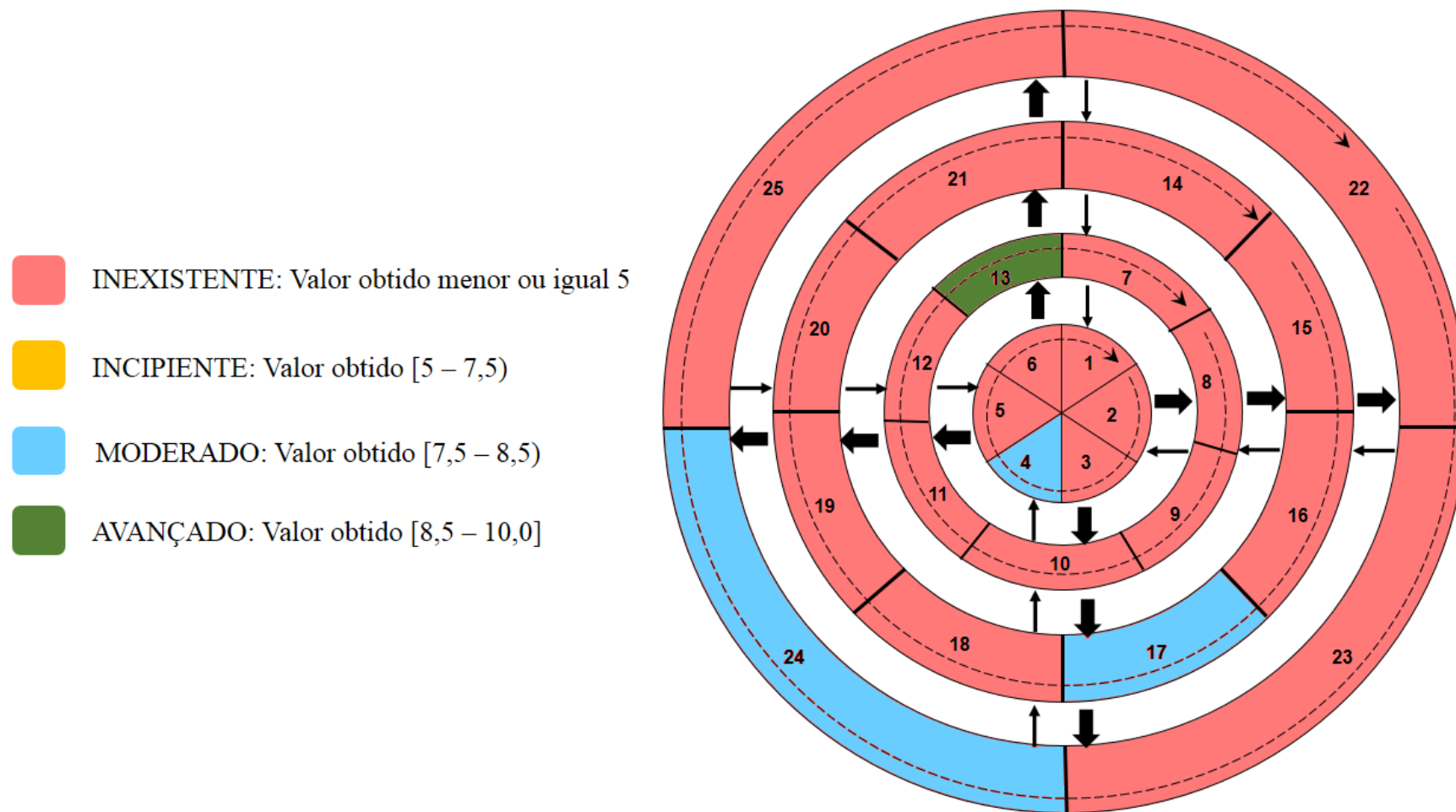
Tabela 2

Grau de implantação segundo USF e UBS por Região de Saúde com seus respectivos escores, em um município do estado da Bahia, 2016

Critérios de análise	UBS/USF											
	USF1	UBS1	USF2	UBS2	USF3	USF4	UBS4	USF5	USF5.2	UBS5	USF6	UBS6
C1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C2	2,5	2,5	2,5	0	0	0	0	0	0	2,5	0	2,5
C3	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C4	6,5	6	6,5	8,5	9	8	6,5	8	9	5,5	8	8,5
C5	5	5	5	5	10	5	5	0	5	5	5	5
C6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Subtotal a	4,0	2,3	2,3	2,3	3,2	2,2	1,9	1,3	2,3	2,2	2,2	2,7
C7	10	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0
C8	5	0	5	5	0	10	5	5	5	0	5	0
C9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C10	5	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0
C11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4,7
C12	5	0	5	0	0	5	5	5	10	0	5	0
C13	1,3	2,7	4	4	8,7	5,3	5,3	10	10	6,7	6,7	6,7
Subtotal b	3,8	0,4	2,0	1,3	1,2	2,9	2,2	2,9	6,4	1,0	2,4	1,6
C14	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C15	10	0	0	10	0	0	0	0	10	0	0	0
C16	10	0	10	5	10	5	5	10	5	5	10	5
C17	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
C18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C19	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
C20	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0
C21	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Subtotal c	4,9	1,6	2,8	3,4	2,8	2,2	2,2	2,8	4,7	2,2	2,8	2,2
C22	2,5	1,5	2	4	1	1	1,5	3	8	8	4,5	3
C23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C24	8,5	7	9	8,5	7	7,5	8,5	8,5	9,5	9	9,5	8
C25	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0
Subtotal d	2,8	2,1	2,8	3,1	2,0	3,4	2,5	2,9	4,4	4,3	3,5	2,8
Média por unidade (a+b+c+d)/4	3,9	1,6	2,5	2,5	2,3	2,7	2,2	2,5	4,5	2,4	2,7	2,3
Média por região	Região 1 2,9	Região 2 2,5	Região 3 2,3	Região 4 2,4	Região 5 3,1	Região 6 2,5						
Média das USF	3,0											
Média das UBS	2,2											

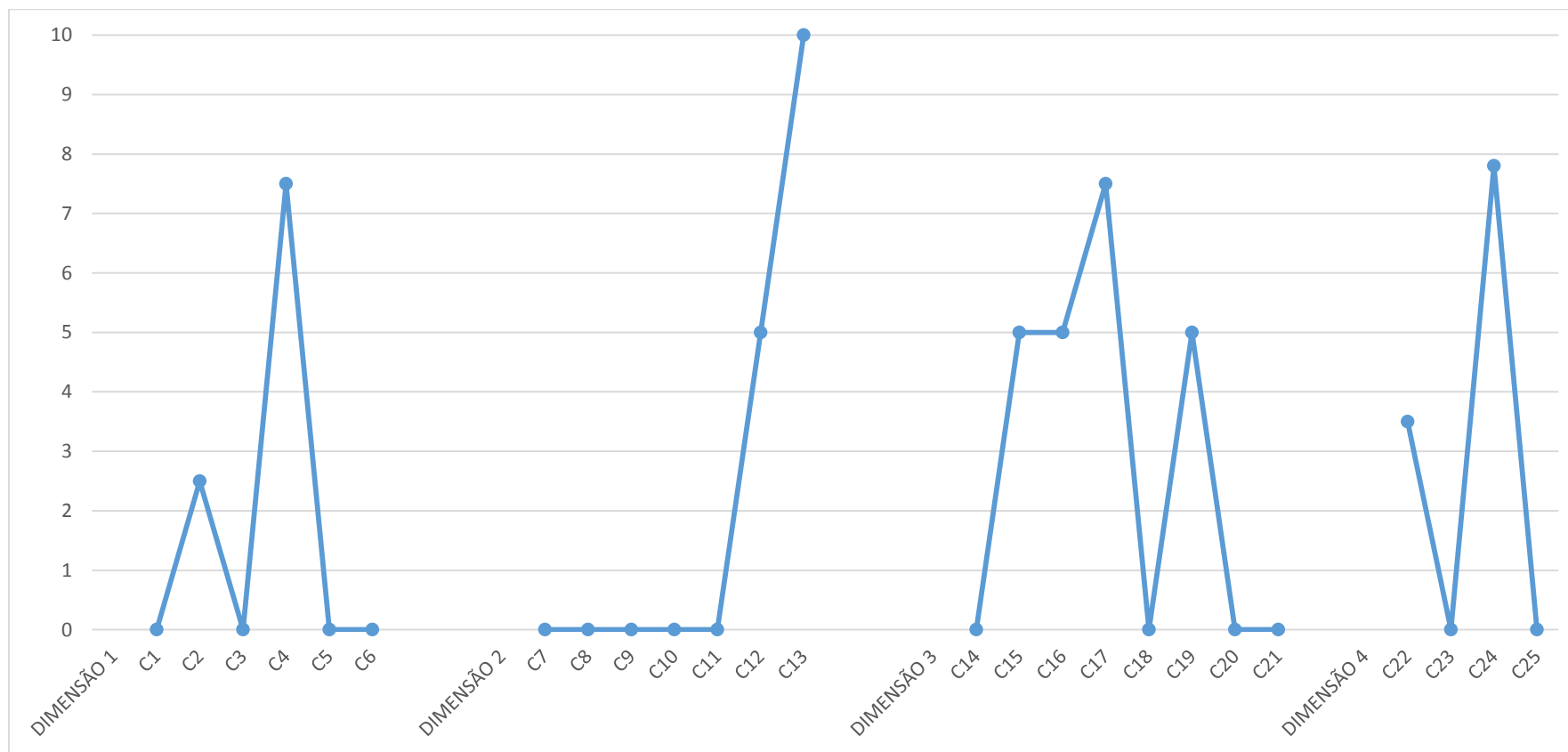
Fonte: Autoria própria.

Figura 3: Grau de implantação da rede de atenção à saúde segundo critérios e dimensões de análise em um município do estado da Bahia, 2016.



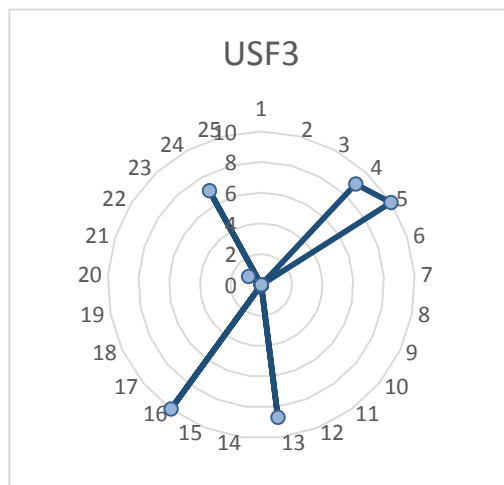
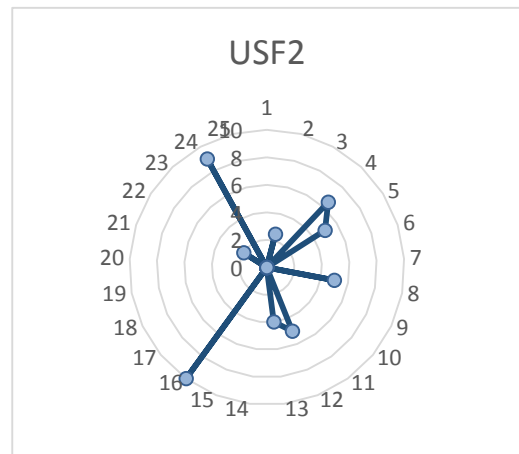
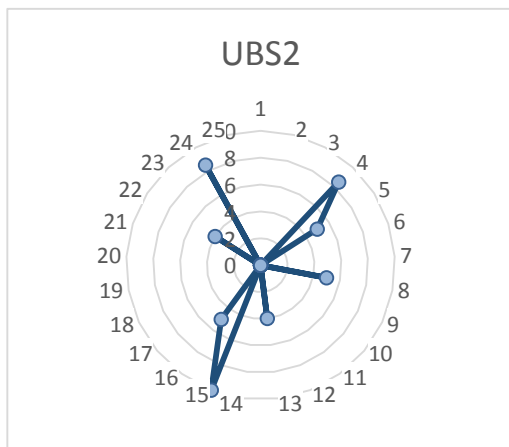
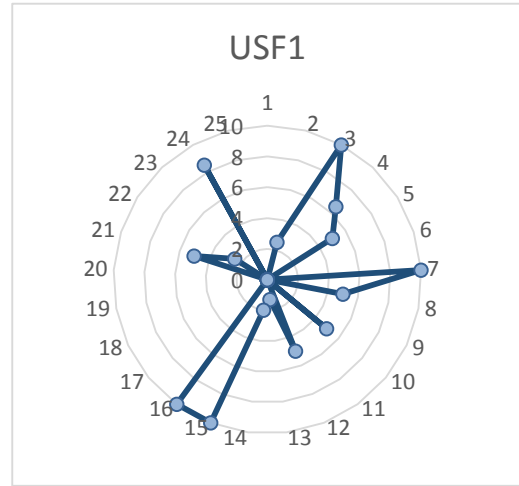
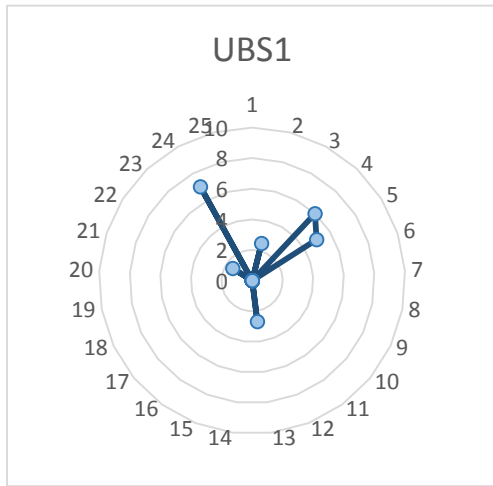
Fonte: Medina et al., 2015.

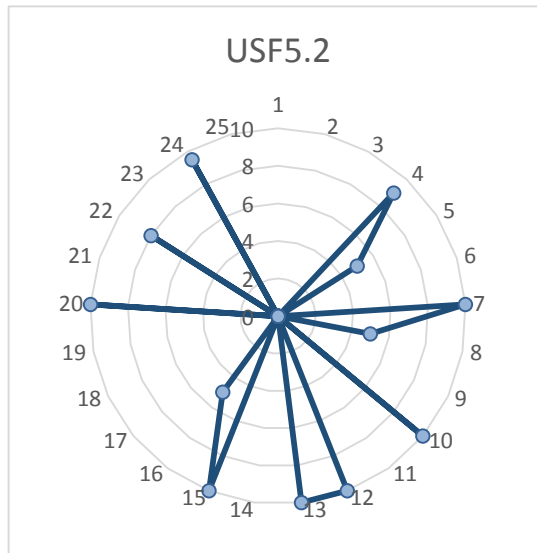
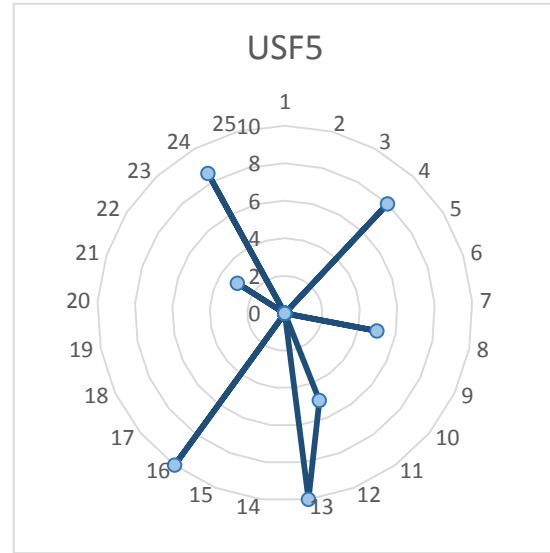
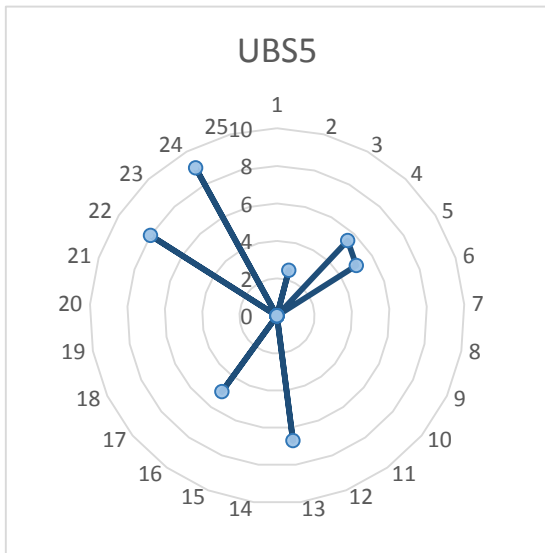
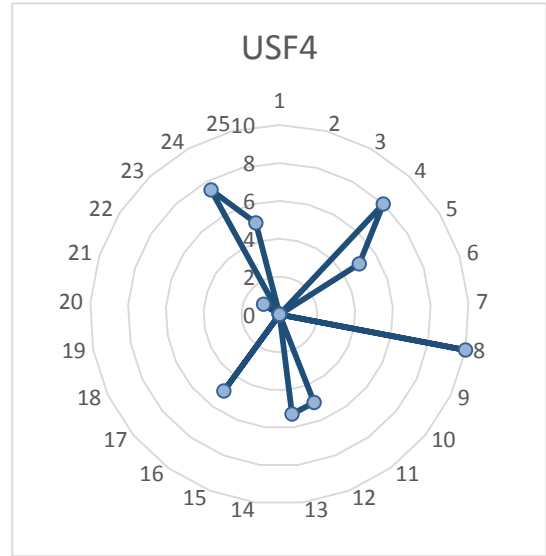
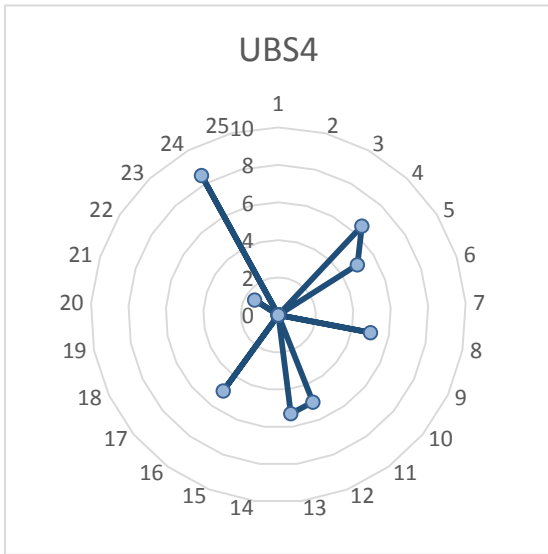
Gráfico 1: Resultado global do Grau de implantação da rede de atenção à saúde segundo critérios e dimensões de análise em um município do estado da Bahia, 2016.

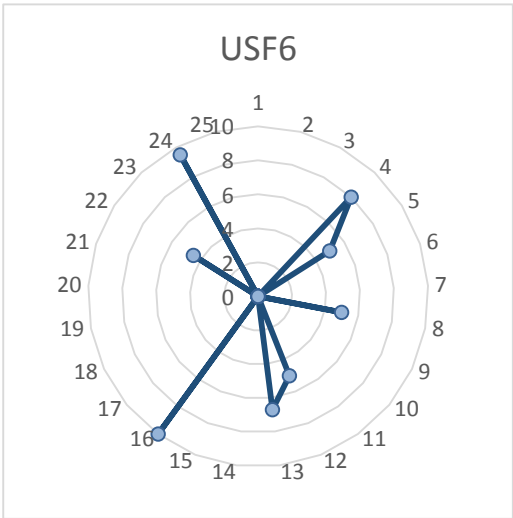
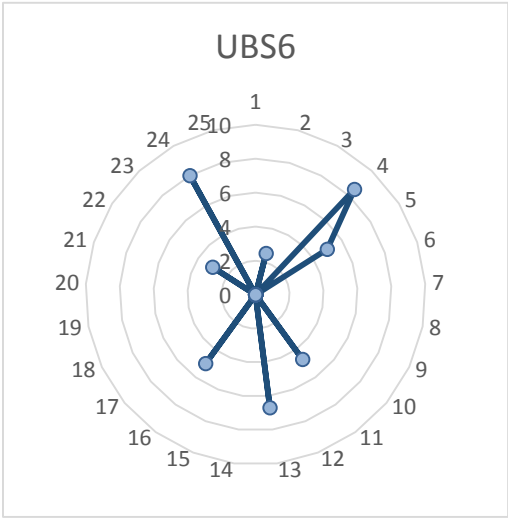


Fonte: Autoria própria.

Gráfico 2: Grau de implantação das unidades de saúde (USF/UBS) segundo os 25 critérios de análise em um município do estado da Bahia, 2016.







Fonte: Autoria própria.

4.2 Análise segundo dimensões e critérios

A apreciação que a seguir será feita, tratará as pontuações e características encontradas nas dimensões e critérios de análise, a partir do modelo lógico previamente elaborado. Apesar de as dimensões terem alcançado distintas pontuações – que será detalhado no decorrer deste capítulo – cabe ressaltar que seus valores não são tão discrepantes entre si.

4.2.1 População e território

A população e seu território, base da existência da rede, constituem a primeira dimensão do modelo. Assim, o conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um processo complexo, se constituindo como a base da estrutura da rede.

Apesar de se constituir como base de estruturação da rede de atenção à saúde, se constituiu como a dimensão de menor pontuação no estudo (1,7). Algumas evidências apontam fragilidades nos aspectos relacionados à população e território, de modo a não garantir que se efetive como o componente fundamental da rede de atenção. A existência de população descoberta pela atenção primária, pouca utilização de mapas dinâmicos com desenho do território de abrangência e territorialização desatualizada sem participação da população são alguns fatores que prejudicam a avaliação dessa dimensão.

Adicionalmente, constatou-se fragilidade na análise da situação de saúde pois a maioria das equipes não a possuía atualizada, atividades intersetoriais sem periodicidade definida, se limitando às ações do Programa Saúde na Escola, participação pouco ativa dos usuários nas decisões estratégicas do sistema de saúde e inexpressivo número de Conselhos Locais de Saúde. Esses foram alguns indícios que conduziram para uma apreciação negativa da base de sustentação da rede de atenção, a população e seu território.

4.2.1.1 Adscrição Populacional e Mapeamento do Território

Inicialmente, examinou-se os aspectos que dizem respeito à responsabilização das equipes de saúde pelos sujeitos que habitam a área geográfica de sua abrangência. Adota-se como evidências de adscrição de clientela a utilização de mapas atualizados para definição de área (preferencialmente mapas dinâmicos), respeito aos critérios quantitativos do número de

população adscrita a cada equipe estabelecidos pela PNAB (Política Nacional de Atenção Básica) e inexistência de população descoberta pela atenção primária (MEDINA et al.,2015).

A pontuação atribuída ao critério “adscrição populacional” foi zero e “mapeamento do território” alcançou o escore 2,5.

A despeito da imagem-objetivo, a equipe gestora do município informou 62% de cobertura de atenção básica, o que revela uma importante situação de falta de cobertura de serviços de APS, fato reforçado pela fala que se segue:

“A descobertura (sic) da atenção básica é um problema. Porque a gente tem uma gama de usuários que são assistidos só pela atenção especializada. Você vai dialogar com quem? Você dá alta ao paciente do serviço secundário, e ele vai ser assistido por quem? Onde? Vai ter que ficar no cardiologista. Porque não vai ter ninguém lá para ver ele.” (E5, 2016)

Sem dúvida, o aumento da cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família tem proporcionado transformações significativas nas características de acesso e na atenção à saúde em nosso país, por isso a preocupação com a cobertura de APS no encontrada no município.

Segundo informações da equipe gestora, a população que não é coberta pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) é acompanhada por Unidades Básicas de Saúde (UBS) de referência para cada região de saúde do município.

Apesar de a adscrição populacional ser uma prática referida por todas as unidades de AB entrevistadas, não existem critérios de riscos e vulnerabilidade para a definição da quantidade de pessoas sob responsabilidade das equipes. Assim sendo, maioria das unidades trabalham com um número maior que o preconizado de usuários adscritos sob responsabilidade da equipe.

O processo de territorialização é indispensável para a adscrição populacional, entretanto, somente em 42,9% das USF e em 60% das UBS foi referido que a territorialização estava atualizada (realizada nos últimos 12 meses). Apesar de esses números aparentarem altos, é inconcebível que as equipes trabalhem com dados desatualizados do território de abrangência. Um fator que pode explicar a situação encontrada é o insuficiente número de Agentes Comunitários de Saúde. Todas as unidades estudadas referiram ter realizado oficina de territorialização, entretanto somente uma unidade referiu participação da população (associação de moradores do bairro) nessas oficinas, tendo as demais exclusivamente a participação dos profissionais da unidade e da gestão (Diretoria da Atenção Básica e apoiadores institucionais).

A utilização de mapas atualizados para definição de área se mostra como importante evidência de adscrição de clientela, entretanto, a gestão municipal informou que a maioria das equipes de atenção básica possui mapas com desenho do território de abrangência, a despeito da maioria das unidades terem referido a existência dessa ferramenta. As identificações no mapa mais encontradas são os limites geográficos das áreas e microáreas de abrangência e os equipamentos sociais. Identificações dos serviços de saúde do território, obstáculos à acessibilidade, grupos de risco e fatores de risco ambientais e epidemiológicos foram referidos por uma minoria das unidades entrevistadas.

Outro obstáculo encontrado diz respeito à cobertura de NASF no município, uma vez que o município só dispõe de um NASF que por sua vez, apoia cinco unidades da região 1 (de um total de 38 unidades - entre UBS e USF). Além do NASF sob gestão municipal, a residência multiprofissional da FESF possui três equipes “NASF”, dando apoio à região 4 (segundo a reformulação das regiões que ocorreu pós campo). Dessa forma, das oito atuais regiões de saúde, somente duas possuem NASF (seis ficam descobertas). Cabe destacar que o NASF consta no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) como “academia da saúde”, e os “NASF” sob gestão da FESF não constam no CNES.

Devido ao fato de existir população descoberta em todas as unidades de atenção básica entrevistadas, a apreciação quantitativa do critério “adscrição populacional” atingiu pontuação zero.

4.2.1.2 Realização de análise de situação de saúde

A análise sistemática e contínua da situação de saúde compreende os procedimentos necessários à identificação das doenças, agravos e riscos à saúde de uma determinada população, compreendendo uma espécie de diagnóstico situacional, que auxilia o planejamento, a tomada de decisões, o monitoramento e avaliação de saúde, incluindo a avaliação das necessidades dos usuários (MEDINA et al.,2015).

Tendo em vista o explicitado, o município dispõe de análise atualizada da situação de saúde, registrado no Relatório Anual de Gestão (2015), elaborado a partir dos relatórios do Sistema de Informação em Saúde e dados de produção dos serviços, entretanto esse processo de análise não contou com representantes dos usuários. Adicionalmente ao processo de análise da situação de saúde, foi implantada no município uma sala de situação, apesar de atualmente estar suspensa devido à falta de um profissional da área de estatística no setor responsável.

A falta de análise atualizada da situação de saúde nas unidades de atenção básica ainda se constitui como um problema, uma vez que somente 58,3% das unidades referiram a sua realização. Contrariamente a esta informação prestada, a gestão da atenção básica informou que as unidades não possuem uma análise atual da situação de saúde, evidenciando dissenso nas considerações entre gestores e trabalhadores dos serviços. Algumas unidades apontaram a realização de um processo de identificação das prioridades de saúde que se sucede no cotidiano de trabalho, em reuniões ou conversas informais com informantes-chave da comunidade, entretanto, não existe uma metodologia ou um momento específico para a sua realização.

Dentre as dificuldades manifestadas para a realização da análise de situação de saúde, destaca-se o desprovimento de ACS nas unidades, conforme destaca a fala que se segue:

“[...] pra você ter noção, nós temos 25 mil pessoas, dessas 25 mil pessoas, nós temos duas agentes comunitárias. Nós temos 45 micro áreas, menos duas agentes dão no total de 43 micro áreas descobertas. Então não temos como fazer um perfil populacional com 43 micros áreas descobertas, né?” (E30, 2016)

Somente em uma unidade investigada houve representantes dos usuários na realização da análise de situação de saúde, sendo que nas demais, só participaram profissionais da unidade e/ou da gestão. Este fato releva ainda a pouca inserção da comunidade no levantamento de problemas, o que revela uma fragilidade dos serviços, dado que não existe ninguém que conheça mais os problemas que acometem a comunidade do que ela mesma.

Como etapa subsequente à análise de situação de saúde, tem-se a sistematização das informações coletadas a fim de utilizá-las para a tomada de decisões em saúde, bem como estabelecer um plano de ações e, finalmente, a sua implantação. Felizmente, a maioria das unidades informou realizar essa sistematização das informações, embora somente a minoria (26,6%) desenvolva ações inovadoras para enfrentar as DCNT que são identificadas como problema, estando a maioria das unidades restrita às ações de rotina estabelecidas nos manuais do Ministério da Saúde. Algumas dessas ações inovadoras incluem a criação de uma horta comunitária, a utilização de familiograma e o acolhimento às crianças em uma brinquedoteca.

Apesar das experiências supracitadas, o município atingiu pontuação zero, em grande parte devido ao fato de a maioria das unidades não contar com a participação da comunidade na realização da análise de situação de saúde.

4.2.1.3 Experiência de uso de serviços

A experiência de uso de serviços diz respeito a aspectos relativos à experiência dos usuários com o uso dos serviços, englobando as seguintes dimensões: acessibilidade geográfica, acessibilidade organizacional, acessibilidade cultural e qualidade do cuidado (MEDINA et al., 2015). O município atingiu pontuação 7,5 – pontuação moderada – na experiência de uso de serviços.

No que diz respeito à acessibilidade geográfica, a maioria dos usuários considerou que a unidade de saúde é próxima do seu domicílio e 25% consideraram a distância mediana. Quanto à acessibilidade organizacional, metade dos usuários afirmaram que ao buscarem atendimento na unidade de saúde eles conseguem no mesmo dia; 41,7% afirmaram conseguir em um tempo superior a um dia e um usuário afirmou nunca conseguir atendimento na unidade de saúde, buscando atendimento em outra unidade. A maioria dos usuários (66,7%) referiu possuir dificuldade de marcar consulta na unidade de saúde para ser atendido em outros serviços da rede, conforme fala de uma usuária de uma USF:

“É, porque aí não marca nada. Nem laboratório que marcava antes, não marca mais. A gente tem que se dirigir ao pronto socorro, 2, 3 horas da manhã, pra pegar ficha.” (E27, 2016).

Foi referida também por 41,7% dos usuários dificuldade para pegar medicamento na unidade de saúde, pois constantemente faltavam medicamentos do elenco básico, conforme pode ser evidenciado a seguir no excerto da entrevista a uma usuária de uma UBS:

“Mas sempre faltam as coisas. Sempre falta água, medicação agora tá precária, tem dois meses ou mais de dois meses que a gente não acha medicação pequena como Diclofenaco, como Omeprazol, tem dois ou três meses que ele não aparece e muitos outros remédios de pressão, entendeu? [...] Então nesse ponto a gente ainda tem dificuldade. Muito ar condicionado quebrado, as torneiras pingando, então eles sempre dizem que vai melhorar...” (E22, 2016).

No que diz respeito à acessibilidade cultural, todos os usuários referiram que nunca foram discriminados ou sofreram preconceito ou foram maltratado pelos profissionais de saúde por conta da sua cor, idade, religião, gênero, orientação sexual, hábitos culturais ou outra característica. Metade dos usuários referiu que os profissionais sempre questionam se ele tem condições de seguir as recomendações que eles propõem.

No que tange à qualidade do cuidado, a maioria dos usuários (66,7%) considera que o atendimento recebido na unidade de saúde é bom/muito bom e os demais consideram regular. A maioria dos usuários (91,7%) atribui nota igual ou superior a 8 com relação à satisfação do atendimento recebido na unidade e a maioria (91,7%) indicaria a unidade para amigos e/ou familiares.

Com relação à pesquisa de satisfação do usuário, somente 33,4% das unidades referiram realizar. Sendo que dessas, somente uma apresentou uma pesquisa mais estruturada, realizada em parceria com estudantes de uma Faculdade privada. As demais referiram utilizar uma “caixinha” de sugestões na recepção da unidade.

Percebe-se, então, que de modo geral, mesmo possuindo dificuldades no acesso ou escassez de medicamentos, os usuários manifestaram satisfação do atendimento recebido na unidade, além de referirem indicar a amigos e familiares, o que pode indicar uma experiência positiva dos serviços de saúde.

4.2.1.4 Intersetorialidade

As atividades intersetoriais se constituem como importante atributo das redes inovadoras, entretanto apesar da maioria (91,7%) das unidades referirem sua realização, mostraram-se muito restritas às ações do Programa Saúde na Escola (PSE). Somente 36,4% refeririam outros tipos parcerias intersetoriais, como por exemplo, com associações de moradores, igrejas, assistência social e somente uma unidade referiu parceria com empresas do Pólo Petroquímico.

As atividades intersetoriais mais comumente realizadas são as de natureza educativa e somente 18,2% das unidades as extrapolam, realizando avaliações clínicas, procedimentos com os alunos das escolas e atendimento odontológico. As temáticas mais recorrentes são alimentação saudável e o crescimento e desenvolvimento da criança, ficando as atividades sobre as DCNT em segundo plano.

O NASF também referiu desenvolver atividades intersetoriais (enquanto Academia da Saúde) de cunho educativo e estímulo à atividade física em parceria com escolas (PSE), um instituto de beleza, Embasa e professores de dança, com periodicidade trimestral. As DCNT não foram assunto de pauta das atividades intersetoriais desenvolvidas pela equipe. Já o CAPS informou não desenvolver atividades em parceria com outros setores do governo.

Apesar da realização de atividades intersetoriais pelas equipes, percebe-se pouca regularidade na realização dessas ações, o que determinou – em alguma medida – a não pontuação desse critério (zero).

A articulação intersetorial deve ser vista como facilitador do processo de integração dos serviços de saúde, tendo em vista, sobretudo, a insuficiência do setor saúde em atender as demandas relacionadas às necessidades de saúde da população.

4.2.1.5 Participação Social

A participação social ainda é percebida de modo muito incipiente no município estudado, culminando em uma pontuação zero.

Essa insatisfatória pontuação pode ser justificada pelo inexpressivo número de Conselhos Locais de Saúde (CLS) implantados e ativos nas unidades de saúde do município. Segundo informações da gestão municipal, somente uma unidade possui CLS em funcionamento. Adicionalmente, foi consenso entre os profissionais das unidades entrevistadas a percepção da pouca atuação dos usuários.

Das unidades entrevistadas, somente uma (UBS) informou a existência de Conselho Local de Saúde, dispondo de representantes da gestão, dos usuários (igreja, comércio local – farmácia – idoso e usuário representante das pessoas com tuberculose) e dos profissionais (técnica de enfermagem, dentista, ACS e enfermeira). Nas reuniões do CLS – que tem periodicidade mensal – já foram discutidas questões relacionadas às DCNT. Um fato positivo percebido é o conhecimento, por parte do usuário entrevistado, da existência do CLS na unidade em que ele é acompanhado e do representante dos usuários, o que pode revelar algum grau de apropriação das questões relativas ao controle social.

No entanto, essa situação é pontual, pois a maioria dos usuários (83,3%) não soube informar sobre a existência de CLS na unidade em que é acompanhado, o que evidencia mais uma vez a parca participação dos usuários nos processos de tomada de decisão da rede de saúde.

Na tentativa de contornar essa situação, 41,7% das unidades entrevistadas informaram desenvolver atividades de estímulo a participação dos usuários, entretanto, contraditoriamente, 58,3% dos usuários relataram que raramente é convidado para participar de alguma reunião com a equipe. Com relação à incorporação das sugestões da comunidade sobre o funcionamento da unidade de saúde, metade dos usuários informou que sempre são levadas em consideração pelos profissionais da equipe.

No que diz respeito ao Conselho Municipal de Saúde (CMS) do município, ele é atuante e tem como presidente um representante dos usuários, como representante dos profissionais um ACS, uma assistente social, um cirurgião-dentista do CEO e o diretor do Hospital Geral. Quanto aos representantes dos usuários, tem-se membros da associação de bairros, presidente de ONGs, pessoas de determinados segmentos de algum tipo de agravo ou patologia, pessoas do movimento negro, de mulheres e de terreiro de candomblé.

O Conselho Municipal de Saúde cumpre a lei da paridade e a divisão também entre gestão e prestador, realizando reuniões mensais. As temáticas frequentemente discutidas nas reuniões do Conselho variam tanto de questões relacionadas à política da saúde, denúncias, sugestões, como também demandas que chegam por via da própria população, segundo informações do Secretário de Saúde. Foram também discutidas questões relacionadas às doenças crônicas, como hipertensão, diabetes e câncer. Nas duas reuniões observadas (março e abril de 2016), foram dados alguns informes de interesse coletivo (acerca do mutirão de rastreamento do Câncer de Mama, ações educativas sobre o *Aedes aegypti* e diabetes e a eleição da nova composição do Conselho Municipal) e posteriormente entrou-se nos pontos de pauta específicos, que nesse caso ocorreu uma breve apresentação da prestação de contas do município do ano de 2015, além de uma negociação com os prestadores privados de serviços sobre uma defasagem de pagamento da tabela SUS para exames especializados (mamografia e USG Doppler). Outro importante ponto de pauta colocado foi a precária estrutura física de algumas unidades de saúde, uma denúncia de venda de vagas para consultas especializadas e troca de favores através dos vereadores, campanha de vacinação do H1N1, além da questão da greve dos servidores de saúde do município, que foi deflagrada no dia 28 de março de 2016. Foi dado um informe pelo Presidente do Conselho que haverá uma verba específica garantida (rubrica) para os municípios em gestão plena destinada ao CMS, devido a uma pressão da Controladoria-Geral da União.

Por fim, foi apresentado o Relatório Anual de Gestão (2015) junto com a Programação Anual de Saúde, em que o município colocou como meta atingir 70% de cobertura pela ESF (sendo que já alcançou 48% e tem como meta para 2016, 50%) e implantar em toda a rede de serviços o acolhimento com classificação de risco (até o presente momento só implantou em uma UPA - 20%). Foi sinalizada também a situação preocupante de mofo no Centro de Especialidades Odontológicas – CEO (a unidade trabalha com desempenho reduzido por conta desse problema, uma vez que não oferta o que a capacidade instalada pode produzir). Existe a intenção em transformar o CESME em CAPS II na Sede e a meta de construir um CAPS III

(construção ainda em 2016). Por fim, foram informadas a entrega de uma UPA na orla e a implantação de protocolos municipais clínicos e de acesso para DM e HAS.

Desse modo, verificou-se, no município, participação social pouco ativa. Devido a sua desarticulação, o controle social tem cumprido – na maioria das vezes – um papel meramente burocrático na aprovação de decisões já tomadas pela gestão municipal.

4.2.2 Modelo de Atenção

A segunda camada na modelização – modelo de atenção – representa a interação do sistema de serviços de saúde com a população e seu território. Atingiu pontuação 2,1; apresentando um maior nível de organização que a dimensão anterior. Ainda assim, observam-se importantes obstáculos na sua efetivação, como, por exemplo, o acolhimento como uma prática pouco institucionalizada nos serviços de saúde, uma limitada cultura de utilização de evidências científicas como balizador de decisões no manejo de usuários por meio da utilização de protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas, inexistência de um profissional especificamente designado para gestão casos clínicos mais complexos, ações de promoção e prevenção ainda incipientes e insuficiente atendimento às normas de segurança do usuário, principalmente no que diz respeito à sinalização da lavagem de mãos.

4.2.2.1 Acolhimento

Uma iniciativa inovadora de rede contempla o acolhimento como uma prática institucionalizada em todos os seus serviços, desde a recepção do usuário, com escuta qualificada de suas queixas e necessidades, avaliação do seu estado de saúde e das necessidades de cuidado até o encaminhamento ao serviço mais apropriado às suas necessidades. Deve ser realizada diariamente por profissionais (de nível superior) designados para exercer tal função inseridos nos serviços de atenção primária e nos demais serviços da rede, no momento em que o usuário adentra a rede de serviços de saúde (MEDINA et al., 2015).

Todavia, foi constatado no município que a maioria (83,3%) das unidades de saúde não possui uma rotina institucionalizada para acolhimento dos usuários e igualmente, somente a minoria das unidades de atenção básica do município possui acolhimento com classificação de risco, o que resultou em pontuação zero para o critério em questão.

No que se refere aos serviços de atenção especializada, alguns possuem rotina institucionalizada para acolhimento dos usuários, como é o caso do Centro de Oncologia, onde existe acolhimento com triagem de usuárias com suspeita ou diagnóstico de câncer. Já no Hospital Dia (policlínica), não existe uma rotina institucionalizada para acolhimento dos usuários, entretanto, há uma triagem clínica antes de o usuário entrar para a consulta com os especialistas, em que uma técnica de enfermagem realiza alguns procedimentos iniciais, como pesagem/altura, aferição de pressão arterial e glicemia cutânea.

Segundo informações da gestão municipal, os serviços de atenção às urgências/emergências do município se limitam à realização de triagem clínica do usuário. Somente uma unidade (a UPA sob gestão terceirizada) possui acolhimento e triagem com classificação de risco de usuários (realizado por enfermeiras capacitadas), adotando o protocolo de Manchester como referência.

O serviço de atenção hospitalar do município possui uma rotina para acolhimento dos usuários e triagem com classificação de risco realizado por uma enfermeira, entretanto em turnos e dias específicos (de segunda a sexta das 8h às 16h):

“Olha, a gente conseguiu colocar uma enfermeira [...], que faz o acolhimento e a situação de risco. O ideal seria que a gente tivesse isso 24h, todos os dias, mas nós não temos a quantidade de profissionais necessários para fazer isso em todas as portas de entrada” (E4, 2016)

Nesse caso, percebe-se que o acolhimento é restrito a horários e dias específicos em que determinada profissional ocupa a função, não se configurando como acolhimento institucionalizado, pois não se enquadrando nos critérios adequados para fins de análise adotados nesta pesquisa.

Igualmente, no CAPS identificou-se que o acolhimento era realizado em apenas dois dias na semana. Dessa forma, para fins de análise, neste serviço não há rotina institucionalizada de acolhimento a usuários, pois não acontece diariamente.

A maioria dos usuários entrevistados (75%) informou que sempre que vai à unidade encontra um profissional para o receber. Entretanto essa pergunta se mostrou pouco específica, pois o fato de o usuário relatar a existência de alguém para o receber na unidade, não quer dizer que exista acolhimento, pois a pessoa que ele geralmente encontra para o receber é o vigilante ou alguém da recepção.

Como o município estava em greve no momento da coleta de dados da pesquisa, não foi possível a verificação *in loco* do acolhimento aos usuários nas unidades de saúde entrevistadas para cotejamento de dados.

4.2.2.2 Adoção de protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas

A padronização de condutas e rotinas de trabalho nos estabelecimentos de saúde viabiliza melhorias no acompanhamento e no encaminhamento dos portadores de condições crônicas, uma vez que os procedimentos são baseados em evidências científicas (MEDINA et al., 2015). Entretanto, no município estudado não existem protocolos municipais para o manejo de DCNT, dessa forma, a utilização dos protocolos ministeriais, as recomendações das sociedades brasileiras de especialidades e os *guidelines* são os instrumentos mais utilizados pelos profissionais no manejo e padronização de condutas aos usuários.

Evidenciou-se maior menção de utilização de protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas pelos profissionais da atenção especializada (manejo de câncer – protocolo do INCA – e hipertensão/diabetes). Contraditoriamente, a gestão referiu pouca utilização de protocolos pelos profissionais da atenção especializada, justificando que os protocolos assistenciais são mais utilizados na atenção básica e que o município está num processo de construção de um protocolo municipal de acesso aos especialistas da rede.

Na atenção básica, a utilização rotineira dos protocolos foi referida por 58,3% dos profissionais entrevistados, sendo mais frequente para hipertensão e diabetes. Informação essa validada pela gestão, que referiu que a maioria dos profissionais utilizam os protocolos, entretanto para DPOC, asma e câncer não são utilizados por não serem tão frequentes no cotidiano de atendimento dos profissionais.

Na atenção às urgências e emergências do município percebe-se dois panoramas distintos: nas unidades que são geridas pela prefeitura a utilização de protocolos é menos frequente que aquela adotada na unidade sob gestão terceirizada – que referiu utilização de protocolos para manejo de hipertensão, diabetes e asma.

Na atenção hospitalar, foi informada a não utilização de protocolos e de acordo com o profissional entrevistado, os protocolos existentes são utilizados na atenção básica, e que no âmbito hospitalar os profissionais seguem sua própria conduta.

A elaboração de protocolos e diretrizes clínicas é apontada um atributo que, além de dar suporte aos processos decisórios e contribuir para a padronização de procedimentos

relacionados à atenção ao paciente, facilita a colaboração interprofissional, tornando-a mais efetiva. Entretanto, percebeu-se no município uma insuficiente utilização de protocolos e diretrizes clínico-epidemiológicas em todos os níveis de atenção. E quando utilizados, não o são rotineiramente, o que confere a este critério pontuação zero.

4.2.2.3 Existência de gerente de caso

A existência de um profissional responsável pela gestão de casos mais complexos, com funções que englobam desde o acompanhamento dos usuários no percurso terapêutico, passando por funções referentes à intervenção em questões clínicas e sociais até o auxílio no processo de articulação dos diversos serviços (dentro e fora do setor saúde) se mostra como uma estratégia que busca garantir a continuidade do cuidado na rede de atenção à saúde (MEDINA et al.,2015).

Ressalta-se que apesar de alguns profissionais sinalizarem a existência de determinado profissional que desempenhe a função de gerente de caso, foi observado que na prática não existe um profissional especificamente designado para desempenhar essa determinada função. É um profissional que compõe a equipe e faz o papel de acompanhamento do percurso do usuário pela rede de atenção à saúde.

Não foi relatada a existência de nenhum profissional da atenção especializada que seja responsável pela gestão de casos complexos relacionados às DCNT. Já na atenção básica, foram referidas as enfermeiras, os ACS e as assistentes sociais como os profissionais que mais se aproximariam desse papel. Entretanto, cabe sinalizar que o ACS não detém competência técnica-científica para realizar intervenções em questões clínicas, se distanciando, portando, da definição explicitada anteriormente.

Dessa forma, percebe-se que apesar de a gestão referir que algumas enfermeiras da área técnica de Saúde do Adulto desempenharem uma função que se assemelha a um gerente de caso e metade das unidades de atenção básica referirem a existência desse profissional (geralmente para usuários hipertensos, diabéticos e com câncer), efetivamente não foi observado nenhum caso concreto de experiência de gestão de caso no município, conferindo a este critério pontuação zero. Assim sendo, o acompanhamento do usuário em seu percurso pelas unidades de saúde fica prejudicado, pois cada unidade limita o cuidado a sua parcela de atenção, verificando-se uma falta de responsabilização pela atenção integral à saúde do usuário.

4.2.2.4 Desenvolvimento de ações de promoção e prevenção

As ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, riscos e agravos são estratégias capazes de promover mudanças nas condições e nos estilos de vida de modo a favorecer o desenvolvimento de ambientes e hábitos saudáveis, favorecendo o controle de diversos fatores de risco comuns a um conjunto de condições crônicas, podendo reduzir sua prevalência. Para fins de análise, são consideradas ações de promoção à saúde aquelas voltadas aos determinantes sociais da saúde, como: ações sobre o ambiente e saneamento básico, geração de renda e emprego, estímulo à mobilização comunitária e organização social, construção de praças e intervenções voltadas para políticas sociais mais amplas (uso do tabaco, controle da distribuição de alimentos e bebidas nas escolas e entorno escolar etc.). Já as ações de prevenção têm um foco mais direto sobre as doenças e agravos, como orientações sobre alimentação saudável para portadores de DCNT e prática de atividade física (MEDINA et al., 2015).

A realização de ações de promoção à saúde foi relatada por todas as unidades de atenção básica estudadas, entretanto percebeu-se a não regularidade das ações, uma vez que essas ações deveriam fazer parte do cotidiano de trabalho dos profissionais da atenção básica. A gestão municipal referiu o desenvolvimento de ações de promoção à saúde (grupo de vivências para melhoria de qualidade de vida e dança) e ações de prevenção de doenças, riscos e agravos (Zika e tuberculose nas salas de espera das unidades). Somente 16,7% das unidades referiram periodicidade diária, 8,3% com periodicidade semanal, 8,3% com periodicidade quinzenal, 33,3% com periodicidade mensal, 16,7% com periodicidade semestral e 33,3% sem periodicidade definida.

A realização de ações de prevenção de doenças, riscos e agravos à saúde da população é um pouco menos frequente, sendo relatada por 83,3% das unidades de atenção básica entrevistadas. Destas, metade referiu periodicidade mensal, 40% sem periodicidade definida e 10% com periodicidade diária.

Nos demais níveis de atenção, as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, riscos e agravos são ainda muito incipientes – geralmente com periodicidade anual ou sem periodicidade definida. Na atenção especializada as atividades tem como tema central geralmente as campanhas ministeriais do Outubro Rosa (prevenção de câncer de mama e de colo do útero) e de próstata. Na atenção hospitalar, o gestor referiu a realização de ações desse cunho quando da existência do aumento do número de arboviroses no município, além de atividades relacionadas à prevenção de acidentes de trabalho, juntamente com o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST). O nível terciário ainda não reconhece as

estratégias de promoção e prevenção como seu espectro de atividades e as desenvolve de forma incipiente.

Foi constatada baixa adesão/participação dos usuários (66,7% relataram nunca ter participado de nenhuma atividade educativa), e os que referiram já ter participado alguma vez, na maioria eram atividade sobre HAS e DM.

O NASF relatou a realização diária de atividades de promoção à saúde e de prevenção de doenças e agravos através de grupos melhoria da qualidade de vida e de dor crônica. Nessa mesma linha, o CAPS referiu desenvolver atividades de promoção à saúde, tais como práticas da medicina chinesa, oficina de dança e rodas de terapia comunitária nas UBS, porém sem periodicidade definida, e atividades de prevenção de doenças e agravos sobre dengue, zika, chikungunya, vacinação e rastreamento do câncer.

Evidenciou-se – de maneira geral – uma rotina pouco sistemática das ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e agravos, muitas vezes restritas ao calendário do Ministério da Saúde para a realização das atividades. O posicionamento do profissional frente à indagação da realização dessas atividades, está fortemente ligada à concepção que aquele profissional adota sobre promoção e prevenção.

De modo geral, as DCNT ainda são parcamente colocadas como pontos de pauta nas atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças nas unidades entrevistadas.

Por fim, para este critério é auferida ao município a pontuação zero – apesar do desenvolvimento dessas ações – devido a não regularidade das atividades desenvolvidas, uma vez que são realizadas de forma esporádica.

4.2.2.5 Qualidade técnica dos serviços ofertados

A aferição da qualidade técnica é realizada através da comparação do que é recomendado por normas e manuais técnicos e o que é efetivamente realizado pelos profissionais de saúde na atenção aos usuários (MEDINA et al., 2015).

No que diz respeito às medidas de segurança do usuário, em todas as unidades de atenção básica entrevistadas as orientações e as prescrições profissionais são sempre registradas e 75% dos entrevistados referiram seguir protocolos na prescrição de medicamentos. Entretanto, não há sinalização orientando a obrigatoriedade de lavagem de mãos em 91,7% das unidades de atenção básica entrevistadas.

No manejo ao usuário hipertenso e diabético, todos os profissionais da atenção básica realizam uma prestação de cuidados de acordo com o estado da arte dos conhecimentos e das habilidades profissionais recomendadas. De forma semelhante, a maioria dos usuários referiram um cuidado ofertado com qualidade considerada adequada. Na atenção às urgências e emergências, o estímulo ao autocuidado, as orientações alimentares e sobre a prática de atividade física são menos frequentes.

A maioria das unidades de atenção primária referiram não realizar atendimento ao usuário asmático e com DPOC (em muitas unidades, nem existe aparelho de nebulização), entretanto, nas unidades em que é feito o atendimento a usuários com asma e DPOC, todos os profissionais realizam uma prestação de cuidados considerada adequada, confirmada pelos usuários entrevistados. Na atenção às urgências e emergências e hospitalar, o estímulo ao autocuidado é menos frequente.

A maioria das unidades de atenção primária referiram não realizar acompanhamento de usuárias com câncer, entretanto, no atendimento às mulheres com suspeita de câncer de colo de útero ou mama, o cuidado ofertado possui qualidade técnica considerada adequada pelos profissionais. No serviço especializado de oncologia, o cuidado ofertado atende à preconização técnica adequada.

As unidades de atenção primária receberam pontuação zero devido ao fato de não existir em quase nenhuma unidade sinalização orientando a obrigatoriedade de lavagem de mãos, medida essa de segurança do usuário, um pré-requisito para a qualidade técnica das práticas de saúde, conferindo ao município pontuação zero.

4.2.2.6 Compartilhamento de responsabilidades entre profissionais

Compreende a corresponsabilização entre os diversos profissionais pelas ações individuais e coletivas que acontecem no território (MEDINA et al., 2015).

Dentro do escopo das práticas realizadas pelas unidades de atenção básica, foi referida uma forte participação da equipe como um todo no planejamento das atividades e no desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, com participação dos enfermeiros, cirurgiões-dentistas, médicos, técnicos/auxiliares de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e ACS. Cabe destacar que nas UBS, a presença do nutricionista e da assistente social também possuiu importante expressividade.

No que diz respeito à avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas pela equipe, observou-se participação mais expressiva dos enfermeiros e ACS, e menor participação dos médicos, dentistas, técnicos/auxiliares de enfermagem, auxiliar de saúde bucal. Salienta-se a pouca participação das nutricionistas e assistentes sociais nessas ações nas UBS entrevistadas. A categoria médica não se fez presente nessas atividades nas UBS, se fazendo presente somente nas USF entrevistadas.

No desenvolvimento de ações intersetoriais, as categorias profissionais que mais se destacaram são de enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e cirurgiões-dentistas e menor participação dos médicos e auxiliar de saúde bucal. Nas UBS vê importante participação das nutricionistas, porém quase inexpressiva participação das assistentes sociais para essa atividade. Cabe destacar que os médicos e auxiliares de saúde bucal só se fizeram presente nas atividades das USF, nas UBS essas duas categorias profissionais não participaram.

As discussões de caso eram realizadas por 75% das equipes de atenção básica entrevistadas, possuindo mais significante participação dos ACS, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem e médicos. Percebeu-se parca participação das assistentes sociais e nenhuma participação das nutricionistas nas UBS.

No que se refere à construção de projetos terapêuticos individuais, percebeu-se uma fraca utilização dessa ferramenta pelas unidades entrevistadas (somente 25% referiram realizar). Nas unidades que realizam essa atividade, existe uma importante participação da equipe como um todo (enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, técnicos/auxiliares de enfermagem, auxiliar de saúde bucal e ACS).

A realização de grupos terapêuticos/temáticos foi referida em 75% das unidades entrevistadas, com importante condução pelos ACS, enfermeiros, técnicos/auxiliares de enfermagem, cirurgiões-dentistas, auxiliar de saúde bucal e médicos. Destaca-se que nas UBS foi referida pouca condução de grupos pelas assistentes sociais e nenhuma pelas nutricionistas.

A maioria das unidades (83,3%) referiram realizar atividades de mobilização comunitária, e viu-se importante participação dos ACS em todas as unidades entrevistadas. Evidenciou-se participação menos relevante dos enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem e pouca participação dos médicos, cirurgiões-dentistas e auxiliar de saúde bucal. Nas UBS, constatou-se pouca mobilização comunitária realizada pelas assistentes sociais e nenhuma pelas nutricionistas.

Ressalta-se que para as unidades que referiram a presença da profissional farmacêutica como membro da equipe, a sua participação nas atividades individuais e coletivas da unidade nunca se fazia presente, uma vez que essa profissional exerce suporte apenas alguns dias da

semana nas unidades, não permanecendo todos os dias como os demais integrantes da equipe. Dessa forma, como a profissional permanece poucos dias na unidade, há uma sobrecarga de trabalho das funções inerentes à farmácia, não restando oportunidade de ela se inserir nas demais atividades da equipe.

Dessa maneira, evidenciaram-se obstáculos referentes à compreensão do trabalho compartilhado nas unidades, em que o fato de agrupar profissionais em equipes não se traduz necessariamente em uma prática colaborativa. Assim, percebe-se no município um mediano compartilhamento de responsabilidades entre profissionais, obtendo o município pontuação 5 para este critério.

4.2.2.7 Incentivo ao autocuidado e autonomia do usuário

Os processos de capacitação e orientação direcionados aos usuários dos serviços de saúde e à educação em saúde através de intervenções em grupo têm sido identificados como promotor de mudanças comportamentais em usuários com DCNT (MEDINA et al., 2015).

A realização de atividades dessa natureza foi referido em 83,3% das unidades de atenção básica estudadas, entretanto 41,7% mencionaram não possuir regularidade na sua realização, 8,3% periodicidade mensal, 8,3% periodicidade quinzenal, 8,3% periodicidade semanal e 16,7% referiram periodicidade diária.

Em contraste à informação supracitada, a gestão da atenção básica referiu que as unidades não realizam ações de educação e capacitação para usuários portadores de DCNT visando seu autocuidado.

Apesar da realização dessas atividades que objetivam desenvolver a autonomia dos usuários, constatou-se uma fragilidade no que tange à regularidade dessas ações.

Apesar de a maioria das unidades referir realizar atividades de educação em saúde, 75% dos usuários entrevistados referiram nunca terem participado de nenhuma atividade educativa na unidade em que é acompanhado, o que releva uma baixa adesão dos usuários nas atividades desenvolvidas pela equipe.

Em 66,7% das unidades de atenção básica entrevistadas, os profissionais referiram que há compartilhamento de decisões com os usuários em relação ao projeto terapêutico e em 75% das unidades os profissionais referiram que há compartilhamento de responsabilidades com os usuários em atividades desenvolvidas pela equipe.

Segundo os usuários entrevistados, todos referiram que os profissionais que os atendem sempre costumam ouvir suas sugestões/opinião sobre o seu problema de saúde; 66,7% referiram que decidem, junto com o profissional sobre as condutas para enfrentar seu problema de saúde; 58,3% referiram que quando discorda de alguma conduta dos profissionais se sentem à vontade para colocar a sua opinião; 83,3% referiram que se sentem à vontade para discutir com os profissionais sobre as suas dificuldades e problemas pessoais e 75% referiram que discutem junto com os profissionais sobre os horários para tomada da medicação.

Na atenção especializada, as ações de educação e capacitação para usuários portadores de DCNT visando seu autocuidado ocorrem com periodicidade que varia de diária a semanal. Tais como: grupos de família para manejo de usuário com transtorno mental (CAPS), grupos de prevenção de úlceras para usuários portadores de Anemia Falciforme (Unidade de Apoio às Pessoas com Doença Falciforme - UNIFAL), atividades sobre os prevenção dos fatores de risco para o desenvolvimento de cânceres, alimentação saudável e prática de atividade física (CEONC) e durante o momento das consultas.

Não foi referida a realização de ações de educação e capacitação para usuários portadores de DCNT na atenção às urgências e emergências e na atenção hospitalar. Foi mencionada uma intenção da gestão de voltar a implantar as salas de espera nos serviços de urgência e emergência. Segundo os entrevistados, eles entendem que essas ações são do âmbito da atenção básica, uma vez que nos serviços supracitados o problema já está instalado. Percebe-se que na atenção às urgências e emergências e na atenção hospitalar os profissionais não reconhecem as estratégias de incentivo ao autocuidado como seu espectro de atividades.

Apesar da não realização de tais atividades nos níveis hospitalar e de atenção às urgências, nos demais níveis assistenciais as práticas que promovem o protagonismo dos sujeitos, buscando a corresponsabilidade na produção de saúde, vêm sendo desenvolvidas de forma satisfatória, garantindo ao município pontuação máxima (10) para esse critério.

4.2.3 Organização de serviços

As duas últimas dimensões a serem apresentadas alcançaram pontuações bastante similares (2,81 e 2,83 respectivamente), de modo que serão apontadas algumas de suas fragilidades.

A terceira camada do modelo diz respeito à organização dos serviços de saúde que viabilizam (ou não) a produção de respostas adequadas às necessidades e aos problemas de saúde da população.

De modo expressivo, evidenciou-se baixa cobertura de NASF no município, com conseqüente debilidade no sistema de apoio matricial; processo assistemático de avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas; insuficiente comunicação entre profissionais da atenção básica e especializada para trocar informações sobre os usuários portadores de DCNT; inexistência de prontuário eletrônico implantado na rede de serviços e conseqüente registro das informações majoritariamente de forma manual.

No que se refere à regulação de acesso, o município conta com uma central de regulação informatizada, entretanto a definição/distribuição das vagas disponíveis ainda se dá majoritariamente a partir da demanda das unidades. Surpreendentemente, a maioria das unidades próprias possui alvará da vigilância sanitária desatualizada. Por fim, a rede de atenção à saúde possui estrutura de governança considerada adequada.

4.2.3.1 Apoio matricial

A proposta do apoio matricial é articular atenção primária e serviço especializado, promovendo encontros de saberes que proporcionem uma atuação mais integral e menos fragmentada (MEDINA et al.,2015).

Apesar desta observação acima, a estrutura de matriciamento encontrada no município é muito limitada, uma vez que o município só possui um NASF sob sua gestão. Como este NASF cobre a região de saúde 1, só foi observada experiência de apoio matricial em duas unidades (uma UBS e uma USF). Na UBS entrevistada, só foi referido pela equipe o suporte do tipo técnico-pedagógico, em ações de apoio educativo através de discussões de casos, porém sem periodicidade definida. Ademais, foi referido pela equipe da UBS que o NASF não desenvolve juntamente com eles estratégias de cuidado às pessoas com DCNT.

Na USF entrevistada, foi referida a realização tanto o suporte do tipo clínico-terapêutico, quanto técnico-pedagógico, através de discussão de caso, interconsulta/consulta compartilhada, consultas individuais decorrentes de encaminhamento, ação de promoção à saúde, ação de prevenção de doenças e formação/capacitação/educação profissional. Apesar da existência do matriciamento, foi mencionado um limite na sua operacionalização, uma vez que essas atividades não possuem periodicidade definida, o que pode ser explicado pela falta de planejamento conjunto do NASF com as equipes de saúde da família. Foi referido pela equipe

da USF que o NASF desenvolve conjuntamente estratégias de cuidado às pessoas com DCNT (HAS e DM, obesidade, depressão e câncer).

O NASF funciona no espaço físico da Academia da Saúde, e por isso, a equipe que atua no NASF é a mesma da Academia da Saúde. Foi observado que as atividades desempenhadas pelo NASF são, na sua maioria, de caráter coletivo (o que se coaduna com o preconizado pelo Ministério da Saúde). No entanto, algumas consultas pontuais são requisitadas na sua maioria à psicóloga da equipe.

Os “NASF” sob gestão da FESF (NASF 2, 3 e 4, no qual funciona a residência multiprofissional de saúde, fazendo parte da região de saúde 3), atuam também na perspectiva do apoio matricial, e além disso, sob demanda da própria gestão, as nutricionistas também possuem turnos reservados para atendimento clínico individual.

Segundo informações da gestão municipal, o NASF sob gestão municipal atua mais na perspectiva dos grupos, enquanto que o NASF da residência da FESF trabalha mais na perspectiva de interconsultas.

Segundo a equipe do NASF, pela proximidade com uma determinada USF, as atividades que são desenvolvidas, na sua maioria é nesta USF (que não foi entrevistada).

A equipe NASF refere desenvolver suporte tanto do tipo clínico-terapêutico, quanto técnico-pedagógico, em concordância com informações prestadas pelas unidades de APS entrevistadas. Lamentavelmente, as ações de formação/capacitação/educação profissional não são priorizadas e a equipe NASF referiu não realizá-las. O planejamento do NASF não é realizado de forma integrada ao das equipes UBS/USF, o que fragiliza a periodicidade das ações desenvolvidas.

Foi referida a não existência de matriciamento do NASF para o CAPS, além do mais, a entrevistada da equipe NASF não sabia sequer onde se localizava o CAPS II do município.

A realização de apoio matricial do CAPS para as equipes de atenção primária só foi relatado por duas unidades (UBS) – que se localizam na orla, juntamente com o CAPS. Uma unidade referiu o suporte do tipo consultas individuais decorrentes de encaminhamento e formação/capacitação/educação profissional e a outra, consultas individuais decorrentes de encaminhamento, ação de promoção à saúde e de prevenção de doenças, entretanto sem periodicidade definida. Em ambas equipes, foi referido que o planejamento do CAPS não é realizado de forma integrada ao delas. Percebe-se, portanto, que o apoio matricial do CAPS às equipes de atenção básica se reflete numa prática de encaminhamentos (das consultas requisitadas pela atenção básica) sem maiores critérios, configurando um sistema de atenção pouco integrado e pouco resolutivo.

Contraditoriamente às informações concedidas pelas equipes de atenção primária, a equipe do CAPS informou realizar tanto atividades de suporte clínico-terapêutico, quanto técnico-pedagógico, através de discussão de caso, interconsulta/consulta compartilhada, consultas individuais decorrentes de encaminhamento da AB, ação de promoção à saúde e de prevenção de doenças, entretanto as atividades aconteciam esporadicamente. A equipe CAPS informou que não realizam o apoio do tipo formação capacitação/educação profissional.

Em contrapartida também às informações disponibilizadas pelas equipes de atenção primária, a equipe do CAPS informou que o seu planejamento é realizado de forma integrada ao das equipes UBS/USF.

Percebe-se, portanto, uma frágil estrutura de apoio matricial no município, evidenciada por uma baixa articulação da equipe “matriciadora”, ou especializada, e as equipes de atenção básica, se configurando como um entrave estrutural para a concretização do modelo de apoio matricial e para a longitudinalidade do cuidado. É, portanto, nesse cenário de baixa cobertura de NASF, pouca regularidade das ações e frágil articulação entre as equipes que o apoio matricial se estrutura no município, de modo ~~ainda~~ tímido e lento, obtendo pontuação zero para este critério.

4.2.3.2 Institucionalização da avaliação e monitoramento das ações de saúde

Compreende o processo de acompanhamento dos serviços de saúde, de forma a avaliar as ações desenvolvidas pelos profissionais. O monitoramento engloba a observação e o registro regular rotineiro das atividades desenvolvidas, com vistas a subsidiar o processo de julgamento de valor das ações (MEDINA et al., 2015).

Nesse sentido, a gestão municipal refere existir processo sistemático de avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas pelos serviços, entretanto, percebeu-se configurar-se como mera formalidade – por meio de relatórios trimestrais burocratizados – pouco contribuindo para o equacionamento dos problemas enfrentados pela secretaria municipal. São gerados relatórios a partir da análise que são utilizados para auxiliar no planejamento anual e nos processos decisórios em saúde.

Foi referido pela gestão municipal que, graças ao processo de avaliação e monitoramento, foram identificadas algumas necessidades:

“Utilizando os dados do monitoramento do ano passado a gente conseguiu fazer o planejamento desse ano. E aí a gente viu em relação ao sistema de informação que precisava melhorar, a gente soube através da avaliação, os parâmetros de consumo da assistência a gente também pegou embasado na avaliação, necessidade de compra de alguns equipamentos e materiais também foi assim, a necessidade melhorar a avaliação...[...] E implantar o acolhimento.” (E6, 2016).

Foi também através do monitoramento das ações municipais que percebeu-se o aumento do número de casos das arboviroses (Zika, dengue e Chikungunya) nos atendimentos de uma determinada unidade de saúde, o que serviu de sinalizador da tríplice epidemia para o Estado.

Somente 25% das unidades de atenção básica entrevistadas referiram realizar processo sistemático (realizado no último ano) de avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas, e nessas que referiram a sua realização os relatórios gerados são utilizados para auxiliar os processos decisórios em saúde.

O NASF referiu que existe processo de avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas pelo serviço, porém sem periodicidade definida e os relatórios gerados não são utilizados para auxiliar os processos decisórios em saúde.

O CAPS informou que existe processo sistemático de avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas pelo serviço, entretanto vinculado aos boletins de produtividade, ao relatório quadrimestral e ao relatório anual de gestão, sendo, portanto, motivada pela obrigatoriedade de prestação de contas de relatórios de gestão. Os relatórios gerados pelo CAPS são utilizados para auxiliar os processos decisórios em saúde.

Não existe processo sistemático de avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas nos serviços de atenção especializada, de atenção às urgências e emergências e atenção hospitalar.

Dessa maneira, percebe-se ainda no município práticas pouco institucionalizadas isto é, incorporadas à rotina, de monitoramento e avaliação (conferindo ao município pontuação 5), comprometendo as análises regulares do desempenho da rede de atenção.

4.2.3.3 Definição de papéis e responsabilidades entre serviços e profissionais

A definição do escopo e da abrangência das atribuições de cada serviço e de cada profissional, de forma que todos estejam cientes da função (papel) e da(s) responsabilidade(s)

que lhe cabem é um fator facilitador da circulação dos usuários na rede de atenção (MEDINA et al., 2015).

Foram referidos conflitos quanto à especificação de atribuições entre os serviços, pois muitos casos que poderiam ser tratados nas UPAs são encaminhados para o hospital e ocorre casos em que as UPAs fazem o papel das UBSs. Segundo um entrevistado (E20), falta um fluxograma de acesso municipal pois os profissionais que estão “na ponta” (atenção básica) se tornam “empurrodologistas”. Diferentemente, a maioria das unidades de atenção básica (66,7%) referiu que raramente ocorrem conflitos relativos à especificação de atribuições entre os profissionais. Nas unidades que referiram a ocorrência de conflitos, geralmente aconteceu entre médicos e ACS.

Nem sempre os profissionais da Atenção Básica encaminham corretamente os usuários portadores de DCNT para os serviços de atenção especializada, pois foram relatados casos que poderiam ser acompanhados exclusivamente na atenção básica. Segundo um entrevistado (E3), na maioria das vezes o profissional da AB acaba virando um “encaminhador de pacientes” e situação semelhante acontece com o encaminhamento às urgências e emergências (já houve casos de encaminhamento de pacientes assintomáticos, só com a pressão arterial elevada) e para a atenção hospitalar, pois nem sempre os profissionais da Atenção Básica encaminham corretamente.

Quanto ao encaminhamento para o NASF, a equipe sinalizou que os profissionais da atenção básica na maioria das vezes encaminham corretamente os usuários portadores de DCNT. E quanto ao encaminhamento para o CAPS, a equipe informou que os profissionais da atenção básica somente algumas vezes encaminham corretamente para o CAPS, justificando a não existência de um fluxo bem estabelecido na rede de serviços.

Ainda assim, a maioria das unidades de atenção básica (66,7%) referiu que raramente há recusa de atendimento na atenção especializada por discordância de seu encaminhamento. Para a atenção hospitalar, 41,7% das unidades referiram que algumas vezes há recusa do seu encaminhamento, principalmente para os casos que envolvem parto. E raramente na atenção às urgências e emergências há recusa de acesso por discordância de encaminhamento da atenção básica, sendo referido a ausência de recusa por 66,7% das unidades entrevistadas.

Percebe-se, portanto, que a maioria dos profissionais das unidades de atenção básica entrevistadas conseguem encaminhar seus usuários para os demais níveis de atenção sem maiores problemas. O nível de atenção com maior recusa de encaminhamento da atenção básica é a atenção hospitalar (que tem caráter basicamente emergencista), que por sua vez, referiu que

os profissionais da atenção básica raramente encaminham corretamente os usuários portadores de DCNT este nível de atenção.

Quando indagados acerca da porta de entrada preferencial do sistema de saúde, as opiniões foram contraditórias. Alguns apontam a Atenção Primária como porta preferencial do sistema de saúde, apesar de existirem entradas concorrentes, e outros referem que a APS não funciona como porta de entrada preferencial, pois as UPAs acabam se constituindo importante ponto de ingresso do usuário na rede, gerando uma inversão da porta de entrada, podendo acarretar em um quadro de agudização das DCNT. Um sistema de saúde pautado em redes deve ter como porta de entrada preferencial a atenção primária, de modo que seja capaz de possibilitar o acesso universal e a garantia da continuidade das ações de saúde e longitudinalidade do cuidado.

Assim, percebe-se uma estrutura mediana (pontuação 5) nos processos que envolvem a definição de papéis e responsabilidades entre serviços e profissionais

4.2.3.4 Estrutura e processo de regulação do acesso

Compreende o ordenamento e a coordenação das relações estabelecidas entre as unidades prestadoras de serviços, de forma a garantir a circulação adequada dos usuários na rede de atenção à saúde (MEDINA, et al., 2015).

Com relação à estrutura e ao processo de regulação do acesso no município estudado, existe uma central de regulação municipal, informatizada, com regulação do acesso de usuários para consultas especializadas, exames especializados, procedimentos de alta complexidade, cirurgias eletivas, tratamento renal substitutivo e autorização de internação hospitalar (para procedimentos cirúrgicos – AIH).

Existem critérios utilizados pela central de regulação na definição/distribuição das vagas disponíveis, tais como: perfil assistencial, perfil demográfico (distribuição entre sede e orla) e perfil epidemiológico, entretanto, ainda predomina a oferta a partir da demanda das unidades.

Segundo informações da equipe gestora, os procedimentos realizados pela rede conveniada ao SUS é marcada na própria rede conveniada e as especialidades oferecidas diretamente pelo setor público (CEONC, CAPS, CEO, CESME, CRES, CUIDAR) são agendadas localmente, exceto para o Hospital Dia/policlínica que está sendo feita na central de regulação.

Com relação quadro de pessoal necessário para o bom funcionamento do serviço de regulação do município, foi relatado que não há número suficiente de profissionais para o serviço de regulação, entretanto os profissionais foram capacitados para o exercício da função.

Para o serviço de internação domiciliar, o acesso só é possível via Hospital Estadual, em que os pacientes já estão hospitalizados, uma vez que o município não dispõe de serviço de atenção domiciliar próprio. A Central de Regulação de leitos do Hospital Estadual fica ligada à Central de regulação do Estado.

Existe um problema de dificuldade de acesso para internação hospitalar, pois o hospital só dispõe de 20 leitos de enfermaria de clínica médica e muitas vezes o paciente fica na UPA aguardando a regulação. Outra importante dificuldade encontrada é a marcação de consultas para especialistas, sendo endocrinologia, nefrologia, cardiologia e pneumologia, as especialidades com mais dificuldade. Apesar de menor dificuldade, a consulta com nutricionista também foi apontada como difícil acesso. Um entrevistado (E30) também apontou a dificuldade de acesso para neurologista e angiologista.

Existe ainda dificuldade de acesso para realização de papanicolau na atenção básica, e dessa forma as usuárias tem dificuldade de acessar o serviço especializado por dificuldade de realização de exame diagnóstico.

Quando um usuário acompanhado pelo CAPS necessita ser encaminhado para serviços da atenção especializada ele nem sempre consegue (poucas vagas e dias específicos para marcar determinada especialidade dificulta o acesso do usuário). E quando necessita ser encaminhado para atenção hospitalar, o fluxo estabelecido é que o usuário deve passar primeiramente por uma UBS/USF ou pronto atendimento; pois o CAPS não encaminha diretamente para o hospital. E quando necessita ser encaminhado para serviços de emergência (por algum problema que não seja de ordem psiquiátrica) ele pode se dirigir independente da equipe ou caso esteja no CAPS, os profissionais acionam serviço móvel de urgência para encaminhamento.

Então, conclui-se que o município – mesmo atingindo pontuação 7,5 para este critério – ainda necessita de melhores mecanismos de regulação do acesso nos diversos níveis de atenção da rede, uma vez que foram relatadas inúmeras dificuldades de acesso pelos usuários.

4.2.3.5 Regulação de Serviços

A regulação de serviços de saúde consiste na aplicação de disposições legais (leis, regras, normas, instruções e contratos) que incidem sobre a produção direta das ações e serviços e os prestadores de serviços (MEDINA, et al., 2015).

Do ponto de vista das normas e instruções que regulamentam os serviços, percebeu-se uma incipiência na sua concretude, uma vez que diversas situações de inobservância foram detectadas no município.

Dos 203 serviços de saúde privados existentes no município, a maioria (88,2%) possui alvará de licença de funcionamento atualizado. Apesar de se constituir maioria, é inadmissível que serviços de saúde ainda funcionem sem essa licença.

Quando se trata dos serviços próprios municipais (61), somente 8,2% possui Alvará da Vigilância Sanitária atualizados, se constituindo uma grave situação de inobediência às normas sanitárias evidenciada no município.

Segundo informações do secretário de saúde, todos os serviços privados contratados possuem contrato formal firmado no qual considerou-se a necessidade de complementação da carta de serviços de saúde próprios da administração pública, fato este que revela uma satisfatória pactuação entre gestores e prestadores de serviços através da contratualização de serviços.

Não foi informado pelo município o número de serviços conveniados/contratados.

O critério obteve pontuação final zero, pois a minoria dos serviços de saúde próprios do município possui Alvará da Vigilância Sanitária atualizado.

4.2.3.6 Governança

A governança se faz através de uma estrutura responsável pelos recursos humanos e materiais e pelas estratégias de oferta de serviços nas redes de atenção, sendo imprescindível a participação social (MEDINA, et al., 2015).

O município possui estrutura de governança intermediária, alcançando 5 como pontuação final deste critério. A seguir são feitas algumas observações que esclarecem – de algum modo – os limites encontrados.

A rede de serviços de saúde atende à população própria e de outros municípios (da região de saúde que o município é sede, tendo as decisões estratégicas sobre a condução da rede

de atenção à saúde frequentemente tomadas em reunião da Comissão Intergestores Regional, sem participação, portanto, de representantes de trabalhadores da saúde, usuários dos serviços ou prestadores privados nestes espaços. Percebe-se, portanto, como é frágil a participação social nos espaços decisórios em saúde.

A instância de gestão de pessoal da rede (coordenação de recursos humanos) é responsável pela constante atualização do plano de carreiras e vencimentos do trabalhador e em uma escala de 0 a 10, o Secretário de Saúde atribui nota 8 para o desempenho dessa instância, por seu alto grau de efetividade e pessoal “muito seguro” na realização do trabalho.

Foi referida também a existência de uma instância responsável pela gestão financeira da rede (Diretoria Administrativa e Financeira), sendo o município uma experiência-piloto de controle do Tribunal de Contas, e pela efetividade dessa instância, em uma escala de 0 a 10, o secretário de saúde atribui também nota 8 para o desempenho dessa instância.

O presidente da Comissão de Licitação para aquisição de bens, materiais e prestação de serviços da rede é um servidor (do quadro, não é cargo comissionado) lotado na Secretaria Municipal de Saúde. E as autoridades responsáveis pela assinatura de cheques de pagamento das despesas ou de autorizações para emissão de ordem bancária para aquisição de bens, materiais e prestação de serviços da rede são o prefeito e o Secretário Municipal de Saúde. O órgão responsável pela autorização de empenho relativo à aquisição de bens, materiais e prestação de serviços da rede é a própria Secretaria Municipal de Saúde, o que pode conferir ao município algum grau de autonomia na gestão financeira das redes de atenção à saúde.

A maioria dos profissionais da rede de atenção entrevistados classifica a tomada de decisão no âmbito da gestão dos serviços de saúde como centralizada e pouco participativa. Já participaram de processos de tomada de decisão relacionada aos serviços de saúde do município 55,5% dos profissionais da rede entrevistados.

4.2.3.7 Comunicação entre profissionais

A comunicação é um atributo essencial ao processo de articulação em rede, de modo que visa favorecer a interação entre serviços distintos e promove o trabalho em equipe (cooperativo e colaborativo) (MEDINA, et al., 2015).

As reuniões de equipe se configuram como importante ferramenta de articulação gerencial e do processo de trabalho das equipes. Dessa maneira, iniciando pela equipe dirigente gestora da secretaria municipal de saúde (coordenadores e diretores), foi relatado a realização

de reuniões de equipe semanalmente. A equipe gestora da atenção básica realiza reuniões trimestrais sobre DCNT com os profissionais da atenção básica do município. Entretanto raramente realiza reuniões com os profissionais da atenção Hospitalar e Urgência/emergência do município (quando existem, versam sobre hanseníase, tuberculose e pequenas urgências na atenção básica).

Com relação à equipe gestora da atenção especializada, foi referida realização de reuniões sobre DCNT com os profissionais da atenção especializada do município, porém sem periodicidade definida. Existem reuniões pontuais com a coordenação da atenção básica do município para discutir o manejo de DCNT (geralmente por área – saúde da criança, da mulher, do adulto), reuniões de periodicidade trimestral com a coordenação da atenção hospitalar do município para discutir o manejo de DCNT (Grupo de Trabalho de Urgência e Emergência e NAQ – núcleo de qualidade hospitalar) e raras reuniões com a coordenação da urgência e emergência (geralmente para discutir acerca do matriciamento na saúde mental).

Com relação à atenção hospitalar, a equipe gestora informou realizar reuniões com os profissionais com periodicidade bimensal e reuniões mensais com a coordenação da urgência e emergência do município sobre o manejo de DCNT.

A equipe de gestão da informação não realiza reuniões com os profissionais da atenção básica, hospitalar nem com a atenção às urgências e emergências, já com a atenção especializada existem reuniões mensais de acompanhamento dos dados produzidos (Comitê de Câncer de Mama e de Colo de Útero).

Das UBS entrevistadas, 60% referiu realizar reunião de equipe mensalmente. Uma UBS que referiu não realizar reunião de equipe, a entrevistada informou ser contra o fechamento da unidade em um turno por semana para a realização de reunião de equipe. Todas as USF entrevistadas referiram realizar reunião de equipe, sendo que a maioria (85,7%) realiza semanalmente e uma unidade referiu realizar quinzenalmente.

Os canais de comunicação disponíveis nas unidade de saúde mais utilizados para troca de informações entre trabalhadores dos serviços são telefone e internet (principalmente telefone móvel próprio, através do aplicativo *WhatsApp*) e alguns referiram também o uso da comunicação interna. Duas unidades referiram problemas de funcionamento com o telefone fixo da unidade, ficando sem nenhum canal de comunicação com outros pontos da rede.

Paralelamente a essa realidade, raramente os profissionais da atenção básica entram em contato com especialistas para trocar informações sobre os seus usuários de DCNT e o mesmo ocorre no sentido inverso. Da mesma maneira, os profissionais da urgência e emergência e da

atenção hospitalar raramente entram em contato com profissionais da atenção básica para trocar informações sobre os usuários portadores de DCNT.

A equipe NASF participa quinzenalmente das reuniões de equipe da USF de referência, entretanto nunca entrou em contato com especialistas da rede para trocar informações sobre os usuários portadores de DCNT acompanhados por eles.

Em contrapartida, a equipe CAPS não participa das reuniões de equipe da USF de referência, porém entra em contato com profissionais da atenção básica para trocar informações sobre os usuários portadores de DCNT.

Percebeu-se, portanto, uma fraca estrutura de comunicação entre os profissionais dos serviços de saúde no município estudado, evidenciada pela pouca articulação entre os profissionais de diferentes níveis assistenciais, além da precariedade de ferramentas de comunicação entre diferentes pontos da rede, sendo zero a pontuação final do critério.

4.2.3.8 Registro e compartilhamento das informações

O registro das informações referentes ao cuidado ofertado à população e o compartilhamento destas informações tem como objetivo aperfeiçoar a atenção prestada e favorecer o trabalho em equipe (MEDINA, et al., 2015).

No caso em estudo, o registro das informações é realizado tanto de forma manual, utilizando-se formulários e prontuários, quanto eletrônica (através do E-SUS, porém ainda se faz o registro em formulários impressos e depois os transfere para o computador).

Percebeu-se que o que comprometeu sobremaneira o compartilhamento das informações entre os serviços foi a falta de sistemas informatizados, uma vez que não existe prontuário eletrônico implantado na rede de serviços de saúde do município.

Ressalta-se a realização de um projeto piloto de implantação do Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) realizado inicialmente em uma unidade (USF5).

Metade das unidades de atenção básica referiram que os sistemas de informação não estão atualizados, situação que dificulta a análise de situação do município. Apesar disso, todas as unidades referiram que os profissionais da unidade foram capacitados para o manejo dos diversos sistemas de informação em saúde. A minoria (41,7%) das unidades referiu gerar algum tipo de relatório com as informações registradas nos sistemas de informação. Somente uma unidade referiu elaborar boletins informativos (semanalmente) e realizar sala de situação (anualmente).

Somente 16,7% das unidades de atenção básica referiram compartilhar as informações registradas com profissionais de outros serviços e somente 25% referiram compartilhamento de informações com os usuários, sendo realizado através de reuniões periódicas para discussão sobre a situação de saúde. Todos os usuários entrevistados referiram que durante as consultas os profissionais que os atendem fazem anotações no prontuário.

A maioria das informações é produzida de forma manual, a exemplo da atenção especializada e hospitalar. Foi relatado o compartilhamento de informações entre os profissionais da atenção especializada (através de reuniões periódicas para discussão sobre a situação de saúde e prontuário único do usuário) e o não compartilhamento de informações com os usuários.

As informações produzidas nos serviços de urgência e emergência são registradas de forma informatizada (envio por *email* da produtividade mensal pelos coordenadores locais), à exceção da UPA, que possui prontuário eletrônico implantado. As informações registradas são compartilhadas entre os profissionais da urgência e emergência (através de reuniões periódicas para discussão sobre a situação de saúde e circulação de boletins informativos sobre a situação de saúde (relatório quadrimestral de publicização da produtividade) e entre os usuários (painel situacional e durante as reuniões do Conselho Municipal de Saúde).

As informações produzidas na Atenção Hospitalar são registradas forma de manual, e compiladas eletronicamente (SIA-SUS e SIH), não havendo compartilhamento das informações nem entre os profissionais da Atenção Hospitalar nem com os usuários.

As informações produzidas no NASF são registradas de forma manual (no livro de ocorrências) e o E-SUS é regularmente digitado no computador (em modo *off line*), sendo em seguida feito o backup pelo coordenador, que leva para a Secretaria de Saúde. As informações registradas nos sistemas de informação geram boletins informativos (mensal), que são compartilhados entre os profissionais de diferentes serviços (através de reuniões periódicas para discussão sobre a situação de saúde), porém não são compartilhadas com os usuários.

As informações produzidas no CAPS são registradas de forma manual, gerando relatórios (mensais), porém não são compartilhadas nem entre os profissionais de diferentes serviços nem com os usuários.

As pontuações para as unidades atingiram pontuação baixa (pontuação final do critério zero), pois na sua maioria não existe compartilhamento das informações com os profissionais – dificultado pela inexistência do prontuário eletrônico – nem com os usuários.

4.2.4 Infraestrutura e financiamento

A última “camada” do modelo lógico diz respeito a determinadas condições estruturais – infraestrutura física e financiamento da rede, valorização profissional e educação permanente dos trabalhadores – que devem garantir a sustentabilidade e adequado funcionamento da rede (MEDINA, et al., 2015).

Todavia, apesar de representar a dimensão com maior pontuação (2,83) – devido ao fato do critério “valorização profissional” atingir pontuação 7,8; caracterizado pelo grande número de profissionais estatutários – evidenciou-se uma estrutura de rede e um financiamento insuficientes frente às necessidades de saúde da população e uma enfraquecida estrutura de educação permanente. Positivamente, o fato da maioria dos profissionais ser estatutária pode garantir maior continuidade do cuidado.

4.2.4.1 Estrutura da rede

A estrutura dos serviços de atenção básica do município é considerada insuficiente/incipiente frente às necessidades de saúde da população. As unidades de saúde da atenção básica observadas no município – em algumas circunstâncias –localizam-se em ambientes (mal) adaptados, com restrição de espaço para o pleno desenvolvimento das atividades de cunho coletivo.

No que se refere às salas e consultórios das unidades de atenção básica, há em quantidade suficiente, porém são inadequadas (verificado uma enorme quantidade de unidades com problemas de mofo e falta de ar condicionado). Apesar de os profissionais referirem inadequação das instalações, 75% dos usuários consideram as salas e consultórios das unidades adequadas.

Os equipamentos dos serviços de saúde são considerados insuficientes pelos profissionais e a manutenção dos equipamentos e instalações dos serviços inadequados. Os insumos disponibilizados no serviço são considerados insuficientes e inadequados.

O suprimento de medicamentos é considerado insuficiente pelos profissionais e usuários (faltam medicamentos do elenco básico, como anti hipertensivos, hipoglicemiantes e hipolipemiantes). Evidenciou-se uma contradição de opiniões: enquanto os profissionais e usuários consideram o suprimento de medicamentos insuficiente, a gestão municipal considera

justamente o contrário. Quanto ao armazenamento e distribuição de medicamentos foi considerado adequado.

A gestão da atenção básica considera o número dos trabalhadores da atenção básica suficiente, entretanto somente 41,7% dos profissionais que trabalham nesse nível de atenção corroboram com esta opinião. A qualificação dos trabalhadores da atenção básica é considerada adequada pelos usuários.

Situação semelhante é constatada na atenção especializada, pois verificou-se divergência de opiniões no que se refere à suficiência de salas e consultórios das unidades, sendo relatado por uma das entrevistadas (E10) o escasso número de consultórios no serviço.

Com relação aos insumos disponibilizados nos serviços, a gestão considera-os adequados, entretanto os profissionais referiram inadequação. Foi observado também discordância de pontos de vista no que se refere à suficiência de trabalhadores nos serviços. Apesar de a gestão considerar os trabalhadores em número suficiente, uma entrevistada (E20) pontuou a insuficiência de profissionais no serviço, situação que confirma a dificuldade de acesso dos usuários às consultas especializadas.

Na atenção às urgências e emergências do município, apesar de a estrutura da rede ser considerada insuficiente frente às necessidades de saúde da população, a gestão considera os equipamentos dos serviços suficientes e os insumos disponibilizados no serviço suficientes e adequados. O número dos trabalhadores da atenção às urgências e emergências é considerado suficiente, entretanto a qualificação dos trabalhadores é considerada inadequada, pela ótica da gestão.

A avaliação feita pelo profissional da UPA terceirizada difere bastante da avaliação da gestão, que fez uma apreciação mais voltada às unidades sob gestão municipal. Dessa forma, a apreciação do profissional supracitado considera suficiente e adequado os critérios relacionados à estrutura da rede.

Na atenção hospitalar, no que se refere à quantidade de salas e consultórios dos serviços, a direção considera suficiente e adequada, entretanto o profissional do serviço julga justamente o contrário. Os equipamentos são considerados insuficientes e a manutenção dos equipamentos e instalações é inadequada. Os insumos são considerados insuficientes e inadequados. O suprimento de medicamentos é considerado suficiente, entretanto o armazenamento e distribuição de medicamentos é considerado inadequado. O número dos trabalhadores da atenção hospitalar é considerado insuficiente, e quanto à qualificação dos trabalhadores, a opinião é dividida: enquanto a direção hospitalar considerada adequada, o profissional a considera inadequada.

O NASF dispõe de um local próprio para desenvolver as atividades, entretanto a quantidade de salas e consultórios é considerada insuficiente e inadequada. Os equipamentos do serviço são insuficientes, e a manutenção dos equipamentos e instalações inadequados. Os insumos disponibilizados no serviço são insuficientes e inadequados. O número dos trabalhadores do serviço é suficiente e a qualificação dos trabalhadores adequada.

Com relação a quantidade de salas e consultórios do CAPS é considerado insuficiente e inadequado (a unidade é instalada em uma casa mal adaptada para um serviço de saúde, com numerosas salas impróprias para o uso devido a presença de mofo). Os equipamentos do serviço são insuficientes, e a manutenção dos equipamentos e instalações inadequados, os insumos disponibilizados no serviço são insuficientes e inadequados. O suprimento de medicamentos é insuficiente, entretanto o armazenamento e distribuição é considerado adequado. A equipe considera o número dos trabalhadores do serviço suficiente, entretanto a qualificação dos trabalhadores é considerada inadequada.

Assim sendo, a pontuação final atribuída a este critério é 3,5; o que reflete uma precária estrutura de rede, dificultando diversos processos no âmbito do cuidado ao usuário.

4.2.4.2 Financiamento da rede

O conjunto dos recursos financeiros necessários para garantir um adequado funcionamento da rede de atenção à saúde deve ser suficiente para o pleno desenvolvimento dos serviços de saúde que compõem a rede de atenção (MEDINA, et al., 2015). Entretanto essa imagem-objetivo não é alcançada pelo município em estudo, apresentando zero como pontuação final para este critério.

No quesito recursos humanos, há carência de profissionais na rede de serviços, especialmente na atenção às urgências e emergências e na gestão da informação (para alimentação dos sistemas de informação do município) por insuficiência de recursos financeiros. Igualmente, há escassez no fornecimento de insumos (de qualquer tipo) e materiais na atenção básica e nos serviços de urgências e emergências. Para outros insumos de manejo das DCNT, o provimento é insuficiente em toda rede de atenção à saúde. Da mesma forma, faltam equipamentos ou há dificuldade na manutenção dos mesmos nos três níveis de atenção e para o sistema de informação à saúde.

No que diz respeito ao provimento de medicamentos para manejo de DCNT no município, os posicionamentos são dicotômicos: a maioria dos gestores e usuários consideram

insuficientes, enquanto que a coordenação da atenção básica e da regulação consideraram que há em quantidade suficiente.

Segundo informações prestadas pelo secretário de saúde, não há serviços de saúde contratados com dificuldades de funcionamento por causa da falta de pagamento dos serviços.

Diante do exposto, o financiamento da rede é classificado como incipiente, uma vez que não há recursos financeiros suficientes para garantir o provimento de serviços, materiais ou recursos humanos para a rede de atenção à saúde.

4.2.4.3 Valorização profissional

Envolve o reconhecimento da importância do profissional para o desenvolvimento das ações da rede de atenção à saúde, devendo ser percebido (sentido) pelo profissional e englobar a melhoria das condições de trabalho, incluindo a remuneração e a existência de carreiras (MEDINA, et al., 2015).

A valorização profissional pressupõe diversos elementos, dentre eles, a segurança (estabilidade). Nesse quesito, quase todos os profissionais entrevistados são funcionários públicos estatutários – à exceção do profissional lotado na UPA, que informou ser contratado como autônomo. Dessa maneira pode garantir – em alguma medida – a fixação profissional nos serviços do município, além de uma possível maior satisfação com o trabalho. Com relação a existência do plano de carreira – importante fator de crescimento profissional – os únicos profissionais que referiram não possuir foram o da atenção hospitalar e o da UPA.

No que se refere à percepção da valorização profissional, 41,7% dos profissionais da atenção básica se sentem profissionalmente valorizados pela instituição em que trabalha, a maioria se sente profissionalmente valorizados pelos colegas do trabalho e chefe do serviço e metade dos profissionais se sentem profissionalmente valorizados pelos usuários do serviço. Quanto às condições de trabalho e salariais, a minoria dos profissionais entrevistados estão satisfeitos.

Os profissionais da atenção especializada não se sentem profissionalmente valorizados pela instituição em que trabalha, nem pelos colegas e chefe de serviço, entretanto se sentem profissionalmente valorizados pelos usuários. As condições de trabalho são consideradas inadequadas e não estão satisfeitos com as condições salariais.

O profissional da UPA se sente profissionalmente valorizado pela instituição em que trabalha, pelos colegas e chefe de serviço e pelos usuários, além de considerar as condições de trabalho adequadas e estar satisfeito com as condições salariais.

O profissional do Hospital Geral se sente profissionalmente valorizado pela instituição em que trabalha, pelos colegas e chefe de serviço e pelos usuários, porém considera as condições de trabalho inadequadas e não está satisfeito com as condições salariais.

O profissional do NASF não se sente profissionalmente valorizado pela instituição em que trabalha, entretanto se sente profissionalmente valorizada pelos colegas de trabalho, pelo chefe do serviço, e pelos usuários. Considera as condições de trabalho inadequadas e não está satisfeita com as condições salariais.

O profissional do CAPS não se sente profissionalmente valorizado pela instituição em que trabalha nem pelos usuários, entretanto se sente profissionalmente valorizado pelos colegas de trabalho e pelo chefe do serviço. Considera as condições de trabalho inadequadas e não está satisfeito com as condições salariais.

Dessa forma, percebeu-se que o quadro profissional do município estudado é composto prioritariamente por funcionários públicos estatutários, o que garantiu – em certa maneira – o maior grau de valorização profissional e menor rotatividade de profissionais nos serviços, alcançando este critério pontuação 7,8.

4.2.4.4 Educação permanente dos trabalhadores de saúde

Deve compreender os processos de formação, treinamento e capacitação direcionados aos profissionais dos serviços de saúde, de forma a abordar temas relacionados tanto à organização dos serviços de saúde quanto à assistência à saúde da população (MEDINA, et al., 2015).

Conforme informações da gestão da atenção básica do município, existem processos mensais de capacitação voltados a quase todos os profissionais, com as temáticas sobre álcool e drogas, hanseníase, tuberculose, manejo do pré-natal e E-SUS. Existem também capacitações direcionadas para atenção/vigilância às DCNT (HAS e DM) para a maioria dos profissionais. As ações de educação continuada desenvolvidas no município na maioria das vezes contemplam as demandas e necessidades do serviço, de acordo com 41,7% dos profissionais da atenção básica entrevistados, e a gestão municipal refere incentivar de alguma forma os profissionais da saúde a buscarem formações complementares (através de um projeto

denominado “FITA” – Formação Inicial do Trabalhador Assistida e folgas para participação em congresso). Apesar disto, 75% dos profissionais (75%) informarem que não são concretamente incentivados pelo município a buscarem formações complementares. Os que referiram ser incentivados, esse processo se deu através de folgas e anuência institucional.

Paralelo a essas informações, todas as unidades de atenção básica referiram existir processos de capacitações no município, sendo que a maioria (83,3%) referiu que as ações não tem periodicidade definida. Entretanto, as capacitações direcionadas para atenção/vigilância às DCNT são menos frequentes, sendo referida somente por metade das unidades, sem periodicidade definida (somente uma unidade referiu regularidade mensal).

Os profissionais da atenção especializada, hospitalar e urgência/emergência referiram que nunca participaram de processo de capacitação ofertado pelo município, as ações desenvolvidas no município raramente contemplam as demandas e necessidades dos serviços, além de não serem incentivados pelo município a buscar formações complementares.

À despeito das informações dadas pelos trabalhadores, a gestão da atenção especializada referiu existir processos de capacitação voltados aos profissionais da atenção especializada e existir capacitações direcionadas à temática do DPOC. Contudo, admitem que as ações de educação permanente raramente contemplam as demandas e necessidades das equipes. Contraditoriamente às informações prestadas pelos profissionais, a gestão afirma incentivá-los através de liberação de carga horária a busca por formações complementares. Reconhecem ainda que geralmente as capacitações são oferecidas pelo Estado, pois o município ainda tem muita dificuldade em ofertar esse serviço por dificuldades orçamentárias ou dificuldade em mobilizar os próprios especialistas como capacitadores.

Nesse mesmo sentido, a gestão da Urgência e Emergência referiu existir processos semestrais de capacitações que versam sobre o acolhimento com classificação de risco, ABLIS (*Advanced Burn Life Support*), ACLS (*Advanced Cardiovascular Life Support*), PHTLS (*PreHospital Trauma Life Support*) e arboviroses. Todavia, as capacitações se restringiram às temáticas próprias do âmbito das urgências e emergências, não havendo capacitações direcionadas para atenção/vigilância às DCNT. Assentem que as ações de educação permanente nem sempre contemplam as demandas e necessidades das equipes de atenção à urgência e emergência e o município tenta incentivar de alguma forma os profissionais da saúde a buscar formações complementares através de informativos e adequações na escala.

Na atenção hospitalar, foi reconhecido a inexistência de processos de capacitação (inclusive direcionados às DCNT) para os profissionais do serviço e o fato de as ações de educação permanente não contemplarem as demandas e necessidades das equipes. Apesar do

exposto, a gestão hospitalar acredita que o município incentiva de alguma forma os profissionais da saúde a buscar formações complementares.

Percebe-se, portanto, que as ações de educação permanente desenvolvidas no município ainda são incipientes, de modo que não abarcam as temáticas relacionadas às DCNT e quando são desenvolvidas, não possuem regularidade definida. Do mesmo modo, evidencia-se pouco protagonismo municipal na promoção dessas ações e limitadas estratégias concretas de incentivo ao profissional para buscar formações complementares.

Assim sendo, a pontuação final deste critério foi zero, revelando uma realidade baseada em sistemas tradicionais de intervenções educativas, isoladas e pontuais, com utilização de metodologias pouco envolventes, desvinculação das intervenções educacionais das práticas nos serviços e, por fim, pouco incentivo concreto por parte da gestão municipal para o desenvolvimento de atividades complementares.

5.0 DISCUSSÃO

A discussão que aqui se segue buscou confrontar o modelo lógico com a realidade empírica encontrada, destacando os limites e obstáculos dos componentes da intervenção.

A organização de sistemas de saúde em rede tem sido identificada por diversos autores como a mais capaz de garantir a continuidade da atenção prestada aos usuários nos níveis primário, secundário e terciário, de modo a garantir a uma oferta racional e adequada do cuidado (MENDES, 2009; 2010; 2011; LAVRAS, 2011; GIOVANELLA, 2011; HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004; JACKSON et al, 2012; GIOVANELLA et al, 2009), principalmente no que tange às DCNT. Torna-se então um desafio a construção de sistemas de saúde orientados pela APS, centrados no usuário, articulados em rede e que dê conta das necessidades de saúde da população.

Recobra-se aqui o desafio da avaliação das redes de atenção à saúde nos seus diversos componentes, destacando a relevância do estudo realizado, na tentativa de compreender os mecanismos facilitadores e dificultadores na operacionalização de redes de atenção à saúde integradas e articuladas, de modo a auxiliar a gestão nos processos de melhoria dos serviços municipais. Sinaliza-se também a oportunidade de trabalhar com uma metodologia de estudo bem estruturada e fundamentada, de modo a tentar apreender do município as suas mais variadas especificidades. Além disso, convém evidenciar a potencialidade do estudo em validar uma metodologia de avaliação de redes centradas na atenção primária à saúde e voltada para as DCNT, o que pode permitir uma contribuição na área em estudo, haja vista a inexistência de instrumentos consensuais para avaliação de redes de atenção à saúde.

Este estudo revelou um baixo desempenho da rede de atenção à saúde, traduzindo a presença de diversos obstáculos à organização de redes de atenção, também identificados em outros estudos (ALMEIDA, 2010a, 2012; AGUILERA, 2013).

Embora a organização dos sistemas de saúde em redes tenha sido objeto cada vez mais frequente de pesquisas avaliativas, estudos no contexto internacional e nacional evidenciam a persistência de diversos obstáculos para a sua operacionalização (GIOVANELLA et al., 2009; GIOVANELLA, 2011; VIEIRA-DA-SILVA, 2007; VEDEL et al., 2011), mesmo em sistemas de saúde universais, como o NHS – National Health Service – no Reino Unido (CONILL, 2006).

Pesquisas revelam (ALMEIDA, 2010a, 2012; AGUILERA, 2013) que a organização de sistemas de saúde pautados em redes tem enfrentado diversos obstáculos em municípios brasileiros, sendo que os principais fatores restritivos estão relacionados a falta de integração

entre os níveis de atenção, insuficientes mecanismos de regulação do acesso dos usuários e dificuldades no acesso a consultas e exames especializados, assim como nos resultados dessa pesquisa.

De fato, a baixa cobertura populacional da atenção básica encontrada no município estudado (62%) com grande parcela da população descoberta, pode ser traduzido em uma combinação entre o crescimento insuficiente da oferta de serviços prestados e o aumento da demanda assistencial gerado pelo aumento populacional, em concordância ao achado similar encontrado em um estudo desenvolvido na capital do Estado (CARDOSO; VIEIRA-DASILVA, 2012). Assim sendo, o fato de existir população descoberta pela atenção básica no município, contribui – negativamente – para a dimensão “população e território” atingir a pontuação mais baixa.

Destaca-se, entretanto, que os indivíduos que têm acesso aos serviços de atenção primária na rede apresentam uma boa experiência de uso, o que revela um satisfatório atendimento recebido nas unidades de saúde e uma qualidade técnica dos profissionais tida como adequada pelos usuários do sistema.

Apesar da situação atual do município, existe uma intenção expressada na Programação Anual de Saúde (2016) em atingir 50% de cobertura populacional pela estratégia de saúde da família, na tentativa de ampliar o acesso da população aos serviços da atenção básica, inserindo a Saúde da Família como modelo prioritário de ações.

Em decorrência desse cenário, a baixa cobertura populacional da atenção primária acaba trazendo como consequência uma lógica de trabalho em que as equipes funcionam trabalhando com um número maior que o preconizado de usuários adscritos sob suas responsabilidades. Esse fato não tem sido incomum no Brasil, e alguns estudos têm apontado não observância da relação preconizada equipes/população e ACS/famílias (SILVA; TRAD, 2005; FERRAZ; AERTS, 2005).

A insuficiência de profissionais em relação à população a ser atendida, certamente traz importantes implicações para a prática dos serviços e para a adequada cobertura das ações de saúde. Além disso, há que se considerar a sobrecarga de trabalho, como um possível influenciador da satisfação dos usuários. Resultado semelhante foi encontrado em um estudo em Porto Alegre e outro no Ceará, indicando que a maioria dos ACS tem um número acima do preconizado de famílias sob sua responsabilidade (FERRAZ; AERTS, 2005; ÁVILA, 2011), fragilizando o acompanhamento das famílias e o processo de territorialização.

Tesser e colaboradores (2014) apontam pouca elucidação na definição dos critérios de determinação do volume de usuários adscritos às equipes, indicando a necessidade em diminuir o número de usuários adscritos e contínua expansão das equipes de saúde da família.

Evidenciou-se uma cobertura insuficiente de equipes NASF no município, quando cotejada ao número de equipes de saúde da família (EqSF), além de um complicado arranjo de provimento de pessoal atuando como residentes configurados como equipe NASF, o que pode trazer prejuízos do ponto de vista da não implantação de outras equipes NASF no município. Além disso, os resultados do estudo apontam para a existência de um processo de trabalho desarticulado entre o NASF e as EqSF e baixa institucionalização de ações de educação permanente e promoção à saúde e prevenção de doenças, riscos e agravos, que não é uma particularidade do município estudado. Achados semelhantes foram encontrados em uma pesquisa (SOUZA, 2015) realizada em um município do estado da Bahia que apontaram a manutenção de fortes características de ações curativas em seu cotidiano.

Destaca-se ainda uma precária realização de análise de situação de saúde nas unidades entrevistadas, que diante de uma rede de cuidado voltado às doenças crônicas, deveriam considerar os diagnósticos situacionais como base para estruturação das ações desenvolvidas. Diversos estudos ressaltam a importância do planejamento das ações pautados nas informações provenientes dos sistemas de informação, sendo essa ferramenta imprescindível para a organização dos serviços em rede (CARVALHO et al, 2009; KORDA; ELDRIDGE, 2011; SANCHEZ; THOMPSON; ALEXANDER, 2010). Nesse sentido, a escassa cultura de avaliação e monitoramento observada no município aponta para a necessidade de se instituir práticas regulares de acompanhamento das ações desenvolvidas, visando garantir melhor coerência entre o planejamento e a execução das atividades, sendo essa prática recomendada por diversos autores a fim de melhorar o desempenho dos serviços (SILVA, 2011; UCHIMURA, 2009).

Os resultados apontaram também que os conselhos locais de saúde ainda estão em uma fase bastante incipiente de implantação, revelando uma participação social ainda muito frágil e passiva. A incipiência dos CLS não é uma situação particular deste município, uma vez que dados oriundos de uma pesquisa que buscou analisar a influência da implantação do Programa de Saúde da Família na criação de Conselhos Locais de Saúde na Bahia (LOPES, 2005) mostraram resultados similares. Cabe ainda ressaltar a influência positiva da implantação do PSF na criação dos CLS, uma vez que faz parte da diretriz dessa estratégia o fomento à participação social dos usuários. Fortalecer o controle social no município através da

implantação dos CLS em dez unidades de saúde é uma das metas para o corrente ano da Programação Anual de Saúde do município estudado.

Embora colocada como importante estratégia de mudanças de práticas nos serviços, a educação permanente foi percebida no município de forma ainda muito embrionária. Experiências concretas (LIMA et al., 2010) de educação permanente revelaram importantes mudanças no processo de trabalho das equipes voltadas à construção de espaços mais democráticos de discussões, fomento ao trabalho em equipe, aprendizagem coletiva e melhoria da qualidade da atenção. Todavia, também foram evidenciadas dificuldades, como a descontinuidade dos processos, ambientes políticos desfavoráveis – como greves – algumas resistências dos trabalhadores e processos pontuais e desarticulados de capacitações (BASTOS, 2011). Rothschild e Lapidos (2003) ressaltam ainda desafios relativos à manutenção e à continuidade. Alguns obstáculos foram apontados pelos trabalhadores, como conflitos de agenda dos participantes e limitações de tempo, porém torna-se necessário enfrentá-los de modo a operacionalizar um trabalho em rede. Esses achados corroboram com a pesquisa em questão.

Evidenciou-se que as práticas educativas promotoras de protagonismo dos sujeitos, como as atividades de autocuidado, vem sendo desenvolvidas no município de forma satisfatória, apesar de ainda pecar pela parca regularidade de sua realização, bem como escassa participação dos usuários nessas atividades, em consonância ao estudo de Oliveira e colaboradores (2014). Destaca-se que as atividades de incentivo ao autocuidado, na medida em que podem promover mudanças comportamentais em usuários com doenças crônicas, propiciam a automonitorização da saúde (HÖRNSTEN et al., 2008; TAGGART et al., 2012).

No que se refere a realização de atividades de promoção à saúde e prevenção de doenças, riscos e agravos, foi observado neste estudo a incipiência da realização dessas ações e a baixa regularidade do seu desenvolvimento, bem como em um estudo realizado por Almeida (2010) em Fortaleza e outro desenvolvido por Medina e colaboradores (2014), que investigou as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas pelas equipes de atenção primária no país através de dados do PMAQ. Percebe-se, portanto, que as ações de promoção e prevenção ainda são incipientes, se baseando no modelo de saúde médico-centrado, especializado e com ações curativas. Ademais, não há consenso entre profissionais e gestores sobre a concepção de “promoção” e “prevenção”, de modo que a promoção constantemente foi confundida com ações preventivas e centradas no controle das doenças ou proteção específica, distanciando-se de uma concepção orientada para os determinantes e condicionantes da saúde. Além disso, nas falas dos profissionais predomina uma concepção que não permite distinção entre promoção e prevenção, condicionando, assim, práticas restritas aos fatores de risco.

Entraves identificados na padronização de condutas, deflagram a necessidade da elaboração por parte dos municípios e adoção pelos profissionais de protocolos e diretrizes clínico epidemiológicas. Pesquisas (ASSUNÇÃO, 2001; FELIPE, 2008) apontaram que a padronização de rotinas de trabalho e condutas através de protocolos pode viabilizar melhor definição de fluxos assistenciais e melhor assistência nos serviços. Além disso, a padronização de condutas por meio de diretrizes claras e bem fundamentadas viabiliza o acompanhamento e encaminhamento dos portadores de condições crônicas para especialistas (quando necessário), sendo essa última um nó crítico encontrado nesta pesquisa.

O acolhimento como prática não institucionalizada nos serviços de atenção básica pode ser identificado como um elemento dificultador na regulação do acesso do usuário para a atenção especializada, sendo ele indispensável para que as necessidades de saúde trazidas pelo usuário sejam direcionadas, imprimindo mudanças no modelo assistencial, conforme demonstra achados da pesquisa realizada por Gomes e Pinheiro (2005).

A garantia de acesso à atenção especializada enfrenta inúmeras dificuldades – não só nesse estudo, mas também em outras pesquisas realizadas (ALMEIDA et al, 2010a; ALMEIDA et al., 2012; AGUILERA, 2013). Dificuldades desde a sua implementação até a insuficiente oferta, sendo agravada pela baixa articulação entre os níveis de atenção e entre os profissionais (generalistas e especialistas) (GIOVANELLA et al., 2009). Destaca-se que a insuficiente oferta de atenção especializada se configura como “barreira quase intransponível para a coordenação entre níveis”, acarretando em longas esperas por parte dos usuários, além de impossibilitar um cuidado oportuno (ALMEIDA et al., 2012, p. 388). Contudo, experiências de ferramentas informatizadas de regulação e implementação de sistemas de referência e contrarreferência tem sido mostrados como promotores de maior efetividade da integralidade da atenção prestada aos usuários de doenças crônicas, além de organizar a demanda (CARVALHO, 2009; GIOVANELLA et al., 2009). Sugere-se então a necessidade de pensar em formas factíveis de aprimoramento dos processos de regulação de acesso de usuários ao longo do percurso pela rede de atenção à saúde.

Registro manual das informações, ausência de prontuário eletrônico implantado na rede e sistemas de informação desatualizados são entraves que dificultam a comunicação entre os profissionais na rede de atenção, além de mais difícil monitoramento das ações e encaminhamentos. Um estudo feito na Suécia demonstrou as potencialidades de uso de um sistema eletrônico para extração de dados nos prontuários, sendo uma importante ferramenta de gestão para o acompanhamento dos usuários nos diferentes pontos da rede (MARTINELL et al., 2012). Entretanto, a implementação de sistemas eletrônicos de informação requisita uma

estrutura financeira adequada, além de suporte técnico, o que não é observado, por exemplo, no município do estudo.

Finalmente, torna-se necessária a discussão acerca do protagonismo (ou não) da APS como porta de entrada preferencial dos usuários nas redes de atenção à saúde. Neste estudo, as opiniões dos entrevistados foram divergentes, apesar de ser consenso a necessidade de se tornar efetivamente ordenadora dos fluxos assistenciais dos usuários ao longo do sistema de saúde. Alguns estudos sustentam a ideia de que as redes integradas pressupõem uma porta de entrada preferencial que organize o acesso dos usuários aos serviços e a APS deve encarregada dessa função (GIOVANELLA et al., 2009; CONASS, 2007).

Cabe destacar também algumas facilidades na implementação das redes de atenção à saúde, tal como o amplo número de funcionários estatutários, mesmo aqueles que ocupam cargos de coordenadores, coadunando-se com resultados da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde, que mostram que as formas diretas de vinculação são aquelas que devem ser priorizadas (NOGUEIRA, 2002).

Além disso, perfil do secretário de saúde, com vasta experiência na administração pública da saúde e histórico profissional de militância na Saúde Coletiva, priorizando – mesmo com dificuldade – a atenção primária e profissionais da atenção básica que coadunam com a perspectiva coletiva da saúde, promovendo ações que possibilitem o autocuidado do usuário.

Ademais, o financiamento insuficiente foi apontado pelos gestores do município do estudo como um entrave para a manutenção da infraestrutura das unidades, aquisição de materiais e equipamentos e contratação de pessoal, o que fragiliza os processos de garantia da integralidade do cuidado. Para Lin (2007), o financiamento das redes de atenção à saúde deve ser abrangente e flexível, assegurando a continuidade do cuidado. Ainda afirma que se trata de um dos componentes mais desafiadores na gestão das redes.

Ressalta-se, positivamente, o grande quantitativo de funcionários públicos estatutários na APS, garantindo elevado grau de valorização profissional e possivelmente menor rotatividade de profissionais nos serviços, revelando a lenta, entretanto gradual substituição dos profissionais terceirizados e a contratação mediante concurso público. Essa situação possibilita vínculos trabalhistas mais estáveis, entretanto não se mostra como suficiente para a manutenção desses profissionais em suas posições de trabalho, conforme demonstra estudo realizado por Mendonça e colaboradores (2010). Dessa forma, cabe a reflexão mais aprofundada acerca dos planos de carreiras que contemplem as necessidades e formas de valorização profissionais.

Todavia, como este trabalho utilizou uma metodologia que não havia sido experimentada na sua completude, torna-se importante sinalizar algumas recomendações de

mudança e dificuldades encontradas. Destacam-se, inicialmente, as vantagens da utilização da metodologia, uma vez que, por sua abrangência de dimensões e critérios de análise, permitiu contemplar o maior número possível de componentes das redes de atenção à saúde. Como limites da sua utilização, ressalta-se o fato de a metodologia ter sido desenvolvida para captar experiências inovadoras em redes de atenção, o que coloca o patamar de avaliação provavelmente muito acima dos casos encontrados no nosso estado e o fato de se constituir um estudo de caso único.

Dessa forma, percebeu-se que em determinados critérios de análise o julgamento foi demasiadamente exigente, de modo que muitas pontuações foram zeradas. Tem-se como exemplos: adscrição populacional, pelo fato de existir população descoberta pela atenção primária; realização de análise da situação de saúde, intersetorialidade e desenvolvimento de ações de promoção e prevenção, pela falta de regularidade das ações desenvolvidas; e participação social, pela quase total inexistência de CLS implantados. Recomenda-se uma revisão da metodologia, com adaptação para as realidades não tão inovadoras, bem como a possibilidade em desenvolver instrumentos de coleta de dados mais concisos, como alternativa ao atual, permitindo uma análise mais extensiva e menos pormenorizada. Nesse sentido, sugere-se maior flexibilização das pontuações (evitando o grande número de critérios pontuados com zero), principalmente no que diz respeito à periodicidade de realização das atividades – a exemplo dos critérios “realização de análise da situação de saúde”, “intersetorialidade”, “adoção de protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas” e “desenvolvimento de ações de promoção e prevenção”.

Considera-se de relevância a realização de estudos comparativos com outras experiências de implantação de redes de atenção à saúde no país, de modo que possa elucidar as principais dificuldades na operacionalização de sistemas organizados em redes.

6.0 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os achados e as principais inferências desse estudo nos remetem a diferentes dimensões a serem consideradas.

Este estudo objetivou avaliar e estimar o grau de implantação da rede de atenção à saúde de um município sede de uma microrregião de saúde do Estado da Bahia, discutindo os possíveis fatores facilitadores e obstáculos.

De certo modo, o conjunto de argumentos apresentados expõe as fragilidades e os desafios para a operacionalização das redes de atenção à saúde. Os achados traduzem a inexistência de uma rede de atenção implantada e que os obstáculos para conferir a sua operacionalização variam desde questões relacionadas ao processo de trabalho das equipes a questões mais macroestruturais, como o financiamento e estrutura da rede, modelo de atenção e organização do sistema municipal. Diante dos critérios analisados, destacam-se como sendo os menos desenvolvidos aqueles das dimensões “população e território” e “modelo de atenção”.

Os problemas identificados, a exemplo da baixa cobertura assistencial na estratégia de saúde da família; limitado acesso à atenção especializada e ausência de critérios explícitos e padronizados, persistente desvalorização da atenção básica; pouca articulação entre os níveis de atenção, número insuficiente de profissionais nas unidades e falta de medicamentos essenciais nas unidades básicas de saúde, dificultam possivelmente a integralidade do cuidado.

Diante das insuficiências identificadas no que se refere aos mecanismos de comunicação entre profissionais e serviços, a implantação de sistemas que permitam a integração de informações sobre a atenção ao usuário e um melhor gerenciamento da regulação do acesso à atenção especializada são importantes para viabilizar o diálogo entre os pontos da rede e ampliar o monitoramento dos usuários. Foi apontada também a necessidade de revisão de papéis e responsabilidades entre os serviços e entre os profissionais, além da padronização de condutas, de modo que possam garantir melhor ordenamento de fluxos dos usuários.

A precária participação social dos usuários nas decisões estratégicas da rede, evidenciada pelo pequeno número de Conselhos Locais de saúde implantados compromete a introdução de questões consideradas importantes pela população.

Diante das fragilidades e limites do sistema municipal apontadas na operacionalização da rede de atenção, esses fatores colaboram para a baixa capacidade de se constituir em redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde capazes de superar as lacunas assistenciais e racionalização dos custos em saúde.

Por fim, coloca-se como necessidade a realização de outras pesquisas avaliativas (até mesmo em outros municípios da região) sobre as redes de atenção à saúde, com a finalidade de elucidar outras questões que se tornam obstáculos à efetivação de sistemas de saúde regionalizados e integrados, coordenados pela APS, visando o controle das DCNT. É possível apontar algumas indagações e reflexões provenientes desse estudo, tais como: quais as possíveis formas de fortalecimento da saúde da família? Como enfrentar o gargalo do escasso acesso à atenção especializada no SUS? Como instituir mecanismos efetivos de acolhimento nas unidades de saúde? Como romper com o controle social burocratizado? E por fim... de qual concepção de redes de atenção à saúde estamos falando?

REFERÊNCIAS¹

- AGUILERA, S. L. V. U.; et al. Articulação entre os níveis de atenção dos serviços de saúde na Região Metropolitana de Curitiba: desafios para os gestores. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 4, jul./ago, p. 1021-39, 2013.
- ALMEIDA, C. M. Reformas de sistemas de saúde: tendências internacionais, modelos e resultados. In: GIOVANELLA, L. et al. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 871-922, 2008.
- ALMEIDA, P. F. de; et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(2):286-298, fev, 2010a.
- ALMEIDA, A. M. B. **Promoção da saúde e a reorientação dos serviços de saúde no município de Fortaleza**: a hipertensão arterial como analisador. São Paulo: SP, 2010b.
- ALMEIDA, P.F. de; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B.A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 375-391, jul./set, 2012.
- ASSUNCAO, M. C. S. et al. Atenção primária em diabetes no Sul do Brasil: estrutura, processo e resultado. **Rev. Saúde Pública**, v.35, n.1, p. 88-95, 2001.
- ÁVILA, Maria Marlene Marques. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 349-360, Jan, 2011.
- BAHIA. **Comissão Intergestores Bipartite (CIB) nº 132 de 20/09/2007**. Aprova o novo desenho do Plano Diretor de Regionalização (PDR) do Estado da Bahia, 2007.
- BARROS, M. B. A.; CESAR, C. L. G.; CARANDINA, L.; TORRE, G. D. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciênc. Saúde coletiva**, vol.11, n.4, 2006.
- BARROS, M. B. A.; FRANCISCO, P. M. S. B.; ZANCHETTA, L. M.; CESAR, C. L. G. Trends in social and demographic inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil. PNAD: 2003- 2008. **Ciênc. Saúde coletiva**, vol.16, n.9, 2011.
- BASTOS, L. S. et al. Construção da integralidade no cuidar de pessoas com diabetes mellitus em um centro de saúde em Feira de Santana (BA). **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.1, p. 1417-1426, 2011.
- BENEVIDES, I. Redes de Atenção à Saúde x Sistemas Fragmentados: definições, dilemas e perspectivas. In: **Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália**: lições aprendidas e contribuições para o debate. / Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

¹ De acordo com a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

BRASIL. **Constituição Federal**. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Regulação em Saúde**. Brasília: CONASS, 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro10.pdf. Acesso em 25 set 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria 4.279**, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, p. 89, 31 dez. Seção I, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Decreto nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. Seção 1, p.1-3, 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011b.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011d.

BRASIL. **Lei nº 12.871**/Presidência da República/Casa Civil, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis nº 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 22 out, 2013a.

BRASIL, **Portaria nº 252**, de 19 de fevereiro de 2013. Institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), 2013b.

BRASIL. **Portaria nº 874**, de 16 de maio de 2013. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a.

BRASIL, **Portaria nº 483**, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado, 2014b.

CARDOSO, M. O.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. Avaliação da cobertura da atenção básica à saúde em Salvador, Bahia, Brasil (2000 a 2007). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 7, p. 1273-1284, Julho, 2012.

CARVALHO, B. G. et al. Doenças cardiovasculares antes e após o programa saúde da família, Londrina, Paraná. **Arq. Bras. Cardiol.** v. 93, n. 6, p. 645-650, 2009.

CERVI, A., HERMSDORFF, H. H. M., RIBEIRO, R. C. L. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. **Rev. Bras. Epidemiol**, vol.8, n.4, 2005.

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J. A avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. 41-60. In: **Avaliação: conceitos e métodos**. Org. por Astrid Brousselle, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011a.

CHAMPAGNE, F.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; CONTANDRIOPOULOS; DENIS, J. A Análise de Implantação. In: **Avaliação: conceitos e métodos**. 217-238. Org. por Astrid Brousselle, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011b.

CHIAVAGATTI, F. G. et al. Articulação entre Centros de Atenção Psicossocial e Serviços de Atenção Básica de Saúde. **Acta paul. enferm**, v. 25, n. 1, p. 11-17, 2012.

CNES. **Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Extraído de [<http://cnes.datasus.gov.br/>] acesso em [1 de Outubro de 2016].

CONILL, E. M. Sistemas comparados de saúde. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. Org: Gastão Wagner de Sousa Campos et al. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

CONILL, E. M.; FAUSTO, M. C. R; GIOVANELLA, L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, supl. 1, p. s14-s27, Nov. 2010 .

COSTA, A. M.; SANTOS, F. P. O processo da construção de Redes de Atenção à Saúde. Editorial. **Divulgação em saúde para debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 4-7, OUT, 2014.

COSTA, L. C.; THULER, L. C. S. Fatores associados ao risco para doenças não transmissíveis em adultos brasileiros: estudo transversal de base populacional. **Rev. bras. estud. popul.**, vol.29, n.1, 2012.

DENIS, J. CHAMPAGNE, F. Análise da Implantação. In: **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas/organizado** Hartz, Zulmira Maria de Araújo (Org.). Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

FELIPE, G. F. et al. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 42, n. 4, p. 620-627, 2008.

FERRAZ, L.; AERTS, D. R. G. C. O cotidiano de trabalho do agente comunitário de saúde no PSF em Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 347-355, abr, 2005.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E., et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, p. 125-133, 2004.

GIOVANELLA, L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad Saúde Pública**; Rio de Janeiro, v.22, n.5, p.91-963, 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. Vol.14, n.3, p. 783-794, 2009.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 16, p.1081-1096, 2011.

GOMES, M.C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface — Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n. 17, ago, 2005.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cadernos Saúde Pública**, v. 20, n. 2, p. S331-S336, 2004.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. Improved Health System Performance through better Care Coordination. OECD Health Working Papers, **OECD Publishing**. n. 30, 2007.

HÖRNSTEN, A. et al. Improvements in HbA1c remain after 5 years-a follow up of an educational intervention focusing on patients' personal understandings of type 2 diabetes. **Diabetes Res Clin Pract**. v. 81, n. 1, p.50-5, Jul, 2008.

Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines, 1920. Ministerio de Salud de la Gran Bretana. Washington, D.C.: OPAS/OMS; [Publicación científica nº 93], 1964.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE cidades**. Extraído de [http://www.ibge.gov.br/cidades] acesso em [20 de julho de 2016].

ISER, B. P. M.; CLARO, R. M.; MOURA, E. C.; MALTA, D. C.; MORAIS NETO, O. L. Risk and protection factors for chronic non-communicable diseases by telephone survey - VIGITEL - 2009. **Rev. Bras. Epidemiol**, vol.14, suppl.1, 2011.

KORDA, H.; ELDRIDGE, G. N. ACOs, PCMHs, and health care reform: nursing's next frontier? **Policy Polit Nurs Pract**. v. 12, n. 2, p. 100-3, May, 2011.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A.H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5):2307-2316, 2010.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LEAL, M. B.; TOFFOLI, E. R.; SOUZA, L.; MAGALHÃES, M. C. B.; CASTRO, P. J. F.; MEDINA, S. R. A experiência do observatório baiano de regionalização: uma ferramenta para avaliação e qualificação da gestão regionalizada do SUS na Bahia. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.2, Sup., Ago, 2012.

LEATT, P., PINK, G., GUERRIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Healthc Pap**, 1:13-55, 2000.

LESSA, I. Doenças crônicas não-transmissíveis no Brasil: um desafio para a complexa tarefa da vigilância. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 4, 2004.

LIMA, J. C.; RIVERA, F. J. U. Redes de conversação e coordenação de ações de saúde: estudo em um serviço móvel regional de atenção às urgências. **Cad. Saúde Pública**. v. 26, n. 2, p. 323-336, Feb, 2010.

LIMA, J. V. C. et al. A Educação Permanente em Saúde como estratégia pedagógica de transformação das práticas: possibilidades e limites. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 207-227, Oct, 2010.

LIN, B. Y. Integration in primary community care networks (PCCNs): examination of governance, clinical, marketing, financial, and information infrastructures in a national demonstration project in Taiwan. **BMC Health Serv Res**. v. 19, n. 7, p. 90, Jun, 2007.

LOPES, S. R. M. **A influência da implantação do Programa de Saúde da Família na criação de Conselhos Locais de Saúde na Bahia**. Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva. Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, 2005.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Importância de Belo Horizonte para o SUS nacional. In: MAGALHÃES JUNIOR, H. M. **Desafios e inovações na gestão do SUS em Belo Horizonte**: a experiência de 2003 a 2008. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2010.

MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à Integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, Out, 2014.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface, Comunicação e Saúde**. v. 14, n. 34, p. 53-605, Jul/Set, 2010.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**. vol.22, n.1, 2013.

MARTINELL, M. et al. Automated data extraction--a feasible way to construct patient registers of primary care utilization. **Ups J Med Sci**. v. 117, n. 1, p. 52-6, Mar, 2012.

MATTOS, R. A. **Desenvolvendo e Ofertando Idéias: um estudo sobre a elaboração de propostas de políticas de saúde no âmbito do Banco Mundial**, Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: IMS/Uerj, 2000.

MEDINA M. G.; SILVA G. A. P.; AQUINO R.; HARTZ Z. M. de A. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde. In: Hartz, Z. M. de A.; Lúcia Maria Vieira-da-Silva. (Org.). **Avaliação em Saúde: Dos modelos teóricos à prática na avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. 1ªed.Salvador / Rio de Janeiro: Editora da Universidade Federal da Bahia / Editora da FIOCRUZ, p. 41-63, 2005.

MEDINA, M. G. et al. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 69-82, Oct, 2014.

MEDINA, M. G; PEREIRA, R. A G; VILASBÔAS, A. L. Q; SOUZA, L. E. P. F.; DOURADO, M. I. C.; ALMEIDA; E. R.; ALELUIA, I. R. S.; ARAGÃO, M. N. **O Sistema de Saúde em Estados e Municípios. Identificando iniciativas inovadoras: estratégias para avaliação de redes centradas na atenção primária à saúde voltadas para doenças crônicas não transmissíveis**. Relatório de Pesquisa, 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 15, n. 5, p. 2297-2305, Aug, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, E. V. **Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS / Innovation in logistics systems: results from the laboratory of innovation on integrated networks of health care based on APS**. Brasília; OPAS; 120 p., 2011.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde: imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MENDES, E. V. **Revisão bibliográfica sobre redes de atenção à saúde**. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde, 2007.

MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, Aug, 2010.

MUNIZ, L. C.; CASCAES, A. M.; WEHRMEISTER, F. C.; MARTÍNEZ-MESA, J.; BARROS, A. J. D.; MENEZES, A. M. B. Trends in self-reported arterial hypertension in Brazilian adults: an analysis of data from the Brazilian National Household Sample Survey, 1998-2008. **Cad. Saúde Pública**, vol.28, n.8, 2012.

NOGUEIRA, R. P. (Coordenador). **Avaliação de tendências e prioridades sobre recursos humanos em saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; (Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde), 2002.

OLIVEIRA, L. C. et al. Participação popular nas ações de educação em saúde: desafios para os profissionais da atenção primária. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 18, supl. 2, p. 1389-1400, 2014.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**. Série: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No.4. Washington, D.C., 2010.

PESTANA, M.; MENDES, E.V. **Pacto de Gestão: da Municipalização Autárquica à Regionalização Cooperativa**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2004.

ROTHSCHILD, S. K.; LAPIDOS, S. Virtual integrated practice: integrating teams and technology to manage chronic disease in primary care. **J Med Syst**. Feb; 27(1):85-93, 2003.

SANCHEZ, K.; THOMPSON, S.; ALEXANDER, L. Current strategies and barriers in integrated health care: a survey of publicly funded providers in Texas. **Hosp Psychiatry**. v. 32, n. 1, p. 26-32, Jan-Feb. 2010.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. Porto: Afrontamento, 1987.

SANTOS, L.; ANDRADE, L.O.M. de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 3, p. 1671-1680, 2011.

SCHMIDT, M. I.; DUNCAN, B. B.; SILVA, G. A.; MENEZES, A. M.; MONTEIRO, C. A.; BARRETO, S. A.; DORA, C. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **The Lancet**, 2011.

SILVA, I. Z. de Q. J. da; TRAD, L. A. B. O trabalho em equipe no PSF: investigando a articulação técnica e a interação entre os profissionais. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 25-38, Fev, 2005.

- SILVA, S. F. da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.
- SILVA, S. F. Desafios de sistemas universais de saúde sob controle público: federalismo e regionalização e o sistema único de saúde, no Brasil. **Divulg. saúde debate**; (49): 104-113, out, 2013.
- SILVA, S. F. Redes de Atenção à Saúde no SUS: proposta de operacionalização. In: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. Campinas, SP: Saberes, p. 201-249, 2013.
- SILVA, S. F. da. Contribuição para a análise da implantação de Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 52, p. 165-176, Out, 2014.
- SILVA, S. F.; MAGALHÃES JUNIOR, H. M. Redes de atenção à saúde: importância e conceitos. In: SILVA, S.F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2. ed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2013.
- SOUZA, T. S. **NASF: Fragmentação ou integração do trabalho em saúde na APS?** Dissertação de mestrado. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, 2015.
- STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.
- TAGGART, J. et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. **BMC Fam Pract**. v. 1, n. 13, p. 49, Jun, 2012.
- TANAKA, O. Y. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saude soc.** v. 20, n. 4, p. 927-934, Dec, 2011.
- TEIXEIRA, C. F.; SOUZA, L. E. P. F.; PAIM, J. S. Sistema Único de Saúde (SUS): a difícil construção de um sistema universal na sociedade brasileira. In: PAIM, J. S., ALMEIDA-FILHO, N., organizadores. **Saúde coletiva: teoria e prática**. 1a ed. Rio de Janeiro: Medbook, p. 121-138, 2014.
- TESSER, C. D.; NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saude soc.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 869-883, Sept, 2014.
- UCHIMURA, N. S. et al. Qualidade e desempenho das colpocitologias na prevenção de câncer de colo uterino. **Rev. Assoc. Med. Bras.** v. 55, n. 5, p. 569-574, 2009.
- VEDEL, I. et al. Ten years of integrated care: backwards and forwards. The case of the province of Québec, Canada. **Int J Integr Care**. v. 11, Jan, 2011.
- VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria et al. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 355-370, Feb, 2007.

WEHRMEISTER, F. C.; MENEZES, A. M. B.; CASCAES, A. M.; MARTÍNEZ-MESA, J.; BARROS, A. J. D. Tendência temporal de asma em crianças e adolescentes no Brasil no período de 1998 a 2008. **Rev. Saúde Pública**, vol.46, n.2, 2012.

WEHRMEISTER, F. C., PERES, K. G. A. Desigualdades regionais na prevalência de diagnóstico de asma em crianças: uma análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 2003. **Cad. Saúde Pública**. vol.26, n.9, 2010.

WHO, World Health Organization. **The Ljubljana Charter on Reforming Health Care**. 18 June, 1996.

WUNSCH FILHO, V., MONCAU, J. E. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. **Rev. Assoc. Med. Bras**. vol.48, n.3, 2002.

APÊNDICE A- Definições das dimensões e critérios para avaliação de redes de atenção centradas na APS voltadas para o controle de DCNT

DIMENSÃO 1 - POPULAÇÃO E TERRITÓRIO	
<p>A população e seu território compreendem a primeira dimensão a ser observada na avaliação de redes de atenção centradas na APS e voltadas para DCNT. A população tem sido mencionada por diversos autores como um componente fundamental da rede de atenção (AQUINO; MEDINA, 2003; MEDINA; HARTZ, 2009; SILVA, 2013) e representa, ontologicamente, sua razão de existência. As experiências inovadoras de implantação de redes de atenção devem demonstrar reconhecimento e valorização dos aspectos relacionados à população e território, de modo a apreender as necessidades de saúde, permitindo com que o desenho e as características da rede sejam congruentes com as primeiras. Para tanto, é fundamental a existência de participação social na definição das necessidades e problemas e na gestão da rede de atenção, de diversas formas, e o desenvolvimento de ações em parceria com as instituições e organismos que atuam no território. Vale lembrar que o conhecimento produzido, especialmente na América Latina, (SANTOS, 1978; 1994; 1996) e os princípios adotados no processo de construção do SUS, evidenciam que o território não se reduz a um recorte territorial, sendo um espaço vivo e dinâmico onde se estabelecem relações sociais (AQUINO; MEDINA, 2003; MEDINA; HARTZ, 2009; SILVA, 2013). O processo de territorialização prevê a divisão das áreas sob responsabilidade de cada equipe de saúde de atenção primária e de referência, estabelecendo as respectivas áreas de abrangência. Ressalte-se que a territorialização considera a existência de risco social, criando o lastro sobre o qual se operacionalizaria o princípio da <i>equidade</i>, ao possibilitar a realização de intervenções, especialmente no âmbito da atenção primária, dirigidas a grupos com níveis diferenciais de necessidades de saúde (MEDINA; HARTZ, 2009). Além disso, é no território que se deve enfatizar a criação de mecanismos de corresponsabilização entre os profissionais de saúde e os usuários, sendo “também nesse espaço que se dá o gerenciamento e a gestão de ações de saúde de forma cooperada, entre os distintos atores sociais relevantes ali presentes” (SILVA, 2013). Atividades de conhecimento da população e do território, levantamento de necessidades e avaliação das intervenções devem estar incorporadas à agenda e à prática institucional, ser compartilhadas entre profissionais e gestores, e conduzidas com a participação da população do território. Para as equipes de atenção primária à saúde, a territorialização implica o esquadramento do território, a construção de mapas e o cadastramento de todas as famílias da área de abrangência. Esse processo é desenvolvido numa etapa inicial de implantação da equipe, mas deve ser permanentemente atualizado, de modo a organizar a oferta de ações em função das características e problemas observados. A utilização de mapas inteligentes ou temáticos acoplados ao mapa estático é recomendada, tendo em vista uma melhor sistematização das informações para orientar o trabalho da equipe. Uma rede com população e território definidos envolve uma percepção positiva com o uso dos serviços, quanto ao acesso, à relação profissional-usuário e à qualidade do cuidado.</p>	
1.ADSCRICÃO POPULACIONAL	<p>Diz respeito à responsabilização de uma equipe de saúde pelos sujeitos que habitam a área geográfica de sua abrangência (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; MINKMAN et al, 2009; CAMPOS et al, 2011; GIOVANELLA, 2011). Trata-se de um processo de vinculação de pessoas, famílias e grupos a profissionais ou equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. Neste processo é prevista a divisão das áreas sob responsabilidade de cada equipe de saúde de atenção primária e de referência, sendo necessária a construção de relações de empatia e confiança entre o usuário e o trabalhador, numa perspectiva de corresponsabilização do cuidado. A adscrição populacional deve observar critérios de risco, vulnerabilidade e resiliência de um determinado território a ser coberto, com estimativa da população residente, lista de usuários de acordo com classificação de risco, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (PNAB, 2012).</p>
2.MAPEAMENTO DO TERRITÓRIO	<p>O processo de mapeamento do território engloba a identificação de equipamentos sociais e comunitários como escolas, igrejas, centros comunitários, praças, quadras, outros serviços, etc., presentes na área de abrangência dos serviços de saúde, do município ou região de saúde. Implica também na identificação de vias de acesso, sistemas de transporte e modos de circulação das pessoas no território. A partir deste processo, é possível conhecer os riscos e vulnerabilidades socioambientais a que os usuários dos serviços de saúde estão susceptíveis, de modo a qualificar o cuidado ofertado pelos profissionais. O mapeamento deve resultar na produção de mapas dinâmicos e atualizados – construídos com a participação de profissionais e da população – e serem utilizados como estratégia para planejar ações e projetos voltados para a promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos (PNAB, 2012). A atualização regular do mapeamento é imprescindível, visto que o território não se reduz a um recorte geográfico, sendo um espaço vivo e dinâmico onde se estabelecem relações sociais (AQUINO; MEDINA, 2003; MEDINA; HARTZ, 2009; SILVA, 2013).</p>
3.REALIZAÇÃO DE ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE	<p>A análise sistemática e contínua da situação de saúde compreende os procedimentos necessários à identificação das doenças, agravos e riscos à saúde de uma determinada população. A identificação destes elementos pode ser realizada a partir da análise dos indicadores epidemiológicos de determinado local, os quais podem ser construídos a partir dos registros de saúde gerados no âmbito dos diversos serviços de saúde, sistemas oficiais de informação e outros sistemas de informação do território. A análise da situação de saúde</p>

	<p>é uma espécie de diagnóstico situacional, que auxilia o planejamento, a tomada de decisões, o monitoramento e avaliação de saúde, incluindo a avaliação das necessidades da comunidade, dos usuários (BÉLAND et al, 2006; LAATIKAINEN et al, 2007; FEUERWERKER; MERHY, 2008; MINKMAN et al, 2009; CHAPMAN et al, 2009; CAÇAPAVA; COLVERO; PEREIRA, 2009) e dos serviços (PARKER; ASSAF, 2005; WEDEL et al, 2007; VENANCIO, 2011). Assim, a realização regular de análise de situação de saúde é um critério importante para identificar uma experiência inovadora de rede centrada na APS e voltada para as DCNT.</p>
4.EXPERIÊNCIA DE USO DE SERVIÇOS	<p>Refere-se à experiência dos usuários com o uso dos serviços, quanto ao acesso aos serviços de saúde, à relação profissional-usuário, à percepção da qualidade do cuidado, dentre outros aspectos do processo saúde-doença-cuidado (VRIJHOEF et al, 2009; WEDEL et al, 2007).</p>
5.INTERSETORIA-LIDE	<p>Corresponde à articulação entre os diversos setores da administração pública, organizações não governamentais e, eventualmente, do setor privado. A parceria intersetorial pode ser entendida como o processo de criação de iniciativas interorganizacionais conjuntas, visando a resolução de problemas relevantes para todos os envolvidos (BALCÁZAR et al, 2009; AHGREN; AXELSSON, 2007; MACADAM, 2011; CAÇAPAVA; COLVERO; PEREIRA, 2009; CAMPOS et al, 2011; GIOVANELLA et al, 2009). Trata-se de uma relação entre parte ou partes do setor da saúde com parte ou partes de outro setor, formada com objetivo de agir sobre determinado problema com vistas a alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde), sendo mais eficaz, eficiente ou sustentável que poderia ser alcançado pelo setor saúde agindo sozinho (OMS, 1997). A intersetorialidade caracteriza as redes inovadoras.</p>
6.PARTICIPAÇÃO SOCIAL	<p>Está relacionada ao envolvimento, à implicação e à participação dos usuários e de seus representantes, assim como dos trabalhadores da saúde no processo de tomada de decisões referentes à atenção à saúde e a outras demandas direta ou indiretamente a ela vinculadas. Os espaços de participação social podem ser formais e institucionais, como os conselhos de saúde (no âmbito local, distrital, municipal, estadual e regional) e as associações de bairro, ou informais como reuniões ou grupos <i>ad hoc</i> organizados pela sociedade a fim de discutir interesses coletivos (AGURTO et al, 2005; BRAWER et al, 2010; MINKMAN et al, 2009; PROVOST et al, 2011; WEDEL et al, 2007). É importante averiguar o grau com que as decisões das instâncias de participação social são cumpridas pela gestão.</p>
DIMENSÃO 2 - MODELO DE ATENÇÃO	
<p>O modelo de atenção remete à forma de organização do processo de produção das ações e serviços de saúde (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014), podendo ser compreendido a partir de três perspectivas: gerencial (“<i>mecanismos de condução do processo de reorganização das ações e serviços</i>”), organizativa (“<i>relações entre as unidades de prestação de serviços</i>”) e técnico-assistencial (“<i>relações estabelecidas entre o (s) sujeito(s) das práticas e seus objetos de trabalho</i>”) (TEIXEIRA, 2003). Enquanto as duas primeiras se reportam às relações e mecanismos implementados em níveis macrossistêmicos de condução do processo de reorganização das ações e serviços e, portanto, mais relacionados a ferramentas preferencialmente utilizadas por gestores e equipe do quadro organizativo dos sistemas de saúde, a última perspectiva faz menção a aspectos das práticas assistenciais e gerenciais diretamente afins à prestação do cuidado propriamente dito ou, em outras palavras, ao modo operativo (<i>modus operandi</i>) em que se desenrola o processo de trabalho dos profissionais de saúde nos serviços. Nesta análise, a dimensão modelo de atenção é tomada nesta perspectiva, tratando das relações estabelecidas entre trabalhadores de saúde e entre estes e os usuários, na oferta e prestação dos serviços (produtos do trabalho), bem como as características dos objetos e a qualidade dos produtos das práticas de saúde. Para que um sistema de serviços de saúde apresente um modelo de atenção com atuação sobre determinantes, riscos e danos, favorecendo a redução e o controle de DCNT, é fundamental o desenvolvimento de estratégias que articulem ações de promoção e prevenção, com estímulo a mudança nas condições e nos hábitos de vida de sujeitos, incentivo ao autocuidado e autonomia dos grupos e populações, com ações de tratamento e reabilitação, passando pela definição de rotinas, como a adoção de protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas e normas veiculadas nos diferentes espaços do sistema de saúde, bem como através do compartilhamento de responsabilidades entre os trabalhadores de saúde. Os critérios definidos a seguir não esgotam o conjunto de possibilidades na proposição de um modelo de atenção com as características desejadas, mas buscam capturar elementos essenciais desse modelo, quais sejam:</p>	
7.ACOLHIMENTO	<p>Refere-se à recepção do usuário, com escuta qualificada de suas queixas e necessidades, e avaliação do seu estado de saúde e das necessidades de cuidado, realizada por profissionais inseridos nos serviços de atenção primária e nos demais serviços da rede, no momento em que o usuário adentra a rede de serviços de saúde. Engloba, ainda, o encaminhamento ao serviço mais apropriado às suas necessidades. (BRAWER et al, 2010; SANCHEZ et al, 2010; BATTERHAM et al, 2002; GIOVANELLA et al, 2009). Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH), que engloba a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele</p>

	<p>expresse suas preocupações, angústias, e, ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2006). Envolve também a identificação de usuários que necessitam de cuidado ou encaminhamento imediato, intermediado pelo serviço de saúde. Uma iniciativa inovadora de rede contempla o acolhimento como uma prática institucionalizada em todos os seus serviços.</p>
<p>8.ADOÇÃO DE PROTOCOLOS/ DIRETRIZES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS</p>	<p>Consiste em procedimentos elaborados com base em evidências científicas, com a finalidade de padronizar condutas e rotinas de trabalho nos estabelecimentos de saúde, de modo a viabilizar melhorias no acompanhamento e no encaminhamento dos portadores de condições crônicas entre os diversos serviços de saúde. Estes procedimentos especificam os principais eventos, testes e avaliações que devem ocorrer em tempo hábil para produzir o melhor resultado prescrito, dentro dos recursos e atividades disponíveis para um cuidado adequado. Os protocolos incluem: normas interdisciplinares; intervenções de diagnóstico, tratamento e cuidado ligados aos resultados clínicos; mensuração e monitoramento de critérios; indicação de referências para a prática baseada em evidências (PEIRIS et al, 2009; REED et al, 2001; CREIXENTI et al, 2006; BÉLAND et al, 2006; MINKMAN et al, 2009; SMITH et al, 2004; KIRCHNER et al, 2004; SISSON et al, 2011).</p>
<p>9.EXISTÊNCIA DE GERENTE DE CASO</p>	<p>Sujeito responsável pela gestão de determinado caso clínico (casos mais complexos), com funções que englobam desde o acompanhamento dos pacientes em todo o percurso terapêutico (buscando a garantia da continuidade do cuidado, através de processo de regulação) (CICCONE et al, 2010; BÉLAND et al, 2006; PFEIFFER et al, 2010; CHAPMAN et al, 2009; KIRCHNER et al, 2004; GIOVANELLA, 2011), passando por funções referentes à intervenção em questões clínicas e sociais (BÉLAND et al, 2006; BATTERHAM et al, 2002; KIRCHNER et al, 2004) até auxílio ao processo de articulação dos diversos serviços – dentro e fora do setor saúde – que compõem a rede de atenção à saúde (BÉLAND et al, 2006; CHAPMAN et al, 2009; EHRlich; KENDALL; MUENCHBERGER, 2012; GIOVANELLA, 2011).</p>
<p>10.DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO</p>	<p>Corresponde à realização sistemática de ações de prevenção de riscos, doenças e agravos, bem como de ações de promoção à saúde, nos serviços de saúde, ou em articulação intersetorial, visando ao cuidado integral. São estratégias capazes de promover mudanças nas condições e nos estilos de vida de modo a favorecer o desenvolvimento de ambientes e hábitos saudáveis. As ações de promoção e prevenção favorecem o controle de diversos fatores de risco comuns a um conjunto de condições crônicas, podendo reduzir sua prevalência (MCDONALD et al, 2011; LAATIKAINEN et al, 2007; SANCHEZ et al, 2009; GIOVANELLA, 2011).As ações de promoção à saúde incluem especialmente aquelas voltadas aos determinantes sociais da saúde, como: ações sobre o ambiente e saneamento básico, geração de renda e emprego, estímulo à mobilização comunitária e organização social, construção de praças e intervenções voltadas para políticas sociais mais amplas (uso do tabaco, controle da distribuição de alimentos e bebidas nas escolas e entorno escolar etc.). Já as ações de prevenção têm um foco mais direto sobre as doenças e agravos, como orientações sobre alimentação saudável para portadores de DCNT e prática de atividade física (MEDINA et al, 2014).</p>
<p>11.QUALIDADE TÉCNICA DOS SERVIÇOS OFERTADOS</p>	<p>Refere-se à prestação de cuidados em acordo com o estado da arte dos conhecimentos e das habilidades profissionais (DONABEDIAN, 2003). Operacionalmente, envolve a atribuição e/ou mensuração de característica(s), geralmente positiva(s), ao desempenho técnico dos serviços ofertados, bem como normas de segurança do usuário. Essas características são atribuídas e/ou mensuradas por um sujeito capaz de distinguir produtos e/ou serviços desenvolvidos com base no que é definido como uso apropriado do conhecimento/tecnologia pelos profissionais (VRIJHOEF et al, 2009; AHGREN; AXELSSON, 2007; KIRCHNER et al, 2004; GIOVANELLA, 2011). A aferição da qualidade técnica se fará através da comparação do que é recomendado por normas e manuais técnicos e o que é efetivamente realizado pelos profissionais de saúde na atenção aos usuários, portadores das seguintes condições traçadoras: HAS, DM, asma, DPOC e câncer.</p>
<p>12.COMPARTILHAMENTO DE RESPONSABILIDADES ENTRE PROFISSIONAIS</p>	<p>Compreende a corresponsabilização entre os diversos profissionais pelas ações, individuais e coletivas, desenvolvidas no território, envolvendo a prestação de serviços de saúde, o cuidado individual aos usuários, ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde (AGURTO et al, 2005; CHAN et al, 2011; CICCONE et al, 2010; BÉLAND et al, 2006; REES et al, 2004; AHGREN; AXELSSON, 2007).</p>
<p>13.INCENTIVO AO AUTOCUIDADO E AUTONOMIA DO USUÁRIO</p>	<p>Compreende processos de capacitação e orientação direcionados aos usuários dos serviços de saúde e à educação em saúde através de intervenções em grupo, nas unidades de saúde ou através de meios de comunicação de massa, tem sido identificada como promotora de mudanças comportamentais em usuários com doenças crônicas na APS. Os processos de</p>

	<p>educação favorecem a autogestão e autonomia dos usuários em uma relação colaborativa eles e os profissionais nas decisões sobre o processo assistencial, de forma a estimular o autocuidado e a autonomia dos usuários no processo saúde-doença (BRAWER et al, 2010; PROVOST et al, 2011; WEDEL et al, 2007).A metodologia educativa de pequenos grupos propiciaria a interação entre profissionais e pacientes, sendo um espaço direcionado a questões significativas e necessidades específicas dos pacientes (LAATIKAINEN et al, 2007; REED et al, 2001; BALCÁZAR et al, 2009; SANCHEZ et al, 2010; WEDEL et al, 2007; CHREIM et al, 2012; CAÇAPAVA; COLVERO; PEREIRA, 2009; SOUSA et al, 2011).As campanhas educativas através da mídia de televisão, rádio e jornais de grande circulação, por sua vez, têm a vantagem de atingir, rapidamente, um público bastante amplo e variado.</p>
DIMENSÃO 3 - ORGANIZAÇÃO DE SERVIÇOS	
<p>Em uma rede, os serviços devem ser estruturados de forma a responder aos problemas de saúde através da ação integral sobre os <i>danos</i> (agravos, doenças, acidentes), os <i>riscos</i> (fatores individuais e coletivos, pessoais e sócio-ambientais) e os <i>determinantes</i> (sócio-estruturais) do processo saúde-doença (PAIM; TEIXEIRA, 1992). A abrangência e a forma como os diversos serviços (comunitários, domiciliares, de atenção primária, de atenção secundária, hospitais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico) se articulam em um conjunto único e coordenado para a produção da saúde e do cuidado em saúde são definidoras das possibilidades de êxito no cumprimento das funções essenciais da rede, quais sejam: promover a saúde, evitar as doenças, controlar e minimizar os riscos, diagnosticar e tratar os doentes e evitar complicações e óbitos, tudo isso em condições de segurança, ambiência confortável e solidariedade entre profissionais, gestores e usuários dos sistemas de serviços de saúde. A rede não é o mero agrupamento de serviços ou organizações. Para que ela seja efetiva, são necessários processos que lhe confirmam organicidade e assegurem qualidade no desenvolvimento das ações. Tais processos, no mais das vezes de natureza complexa, exigem a articulação de diferentes expertises, na operação de um conjunto de saberes de natureza técnica-assistencial e gerencial que ganham eficácia quando mediados por processos de compartilhamento de funções e responsabilidades. Nesse sentido, ganham relevância para o adequado funcionamento da rede, tanto as estruturas e mecanismos de regulação do acesso, de fluxos assistenciais, serviços e processos quanto as estruturas e mecanismos de compartilhamento de poder. A organização dos serviços deve abarcar ainda a comunicação entre os profissionais de diferentes âmbitos de atenção no processo de articulação da rede, bem como o registro e compartilhamento de informações referente a cuidado ofertado com o objetivo de favorecer a interação entre os serviços e fortalecer o trabalho em equipe. São propostos os seguintes critérios para avaliação desta dimensão:</p>	
14.APOIO MATRICIAL	<p>Trata-se de um arranjo da organização do processo de trabalho onde o especialista ou a equipe especializada atua como suporte clínico-terapêutico e/ou técnico-pedagógico ao profissional ou à equipe generalista (BEZERRA; DIMENSTEIN, 2008; CAMPOS et al, 2011; SISSON et al, 2011; SOUSA et al, 2011). O suporte clínico-terapêutico que o apoio matricial engloba ações clínicas com os usuários, por meio de consultas individuais ou coletivas (BRASIL, 2009).A dimensão técnico-pedagógica do apoio matricial compreende ações de apoio educativo com e para a equipe, como discussões de casos e temas entre as equipes de apoio matricial, como as equipes NASF e CAPS, e as equipes de Saúde da Família, o que requer a troca de conhecimentos específicos dos núcleos de formação de cada profissional, assim como os conhecimentos acerca do território e da dinâmica familiar onde o paciente está inserido (BRASIL, 2009). Também estão inseridas nessa dimensão as atividades de educação em saúde realizadas com a população sob responsabilidade das equipes de atenção primária. A proposta do apoio matricial é articular atenção primária e serviço especializado, promovendo encontros de saberes que proporcionem uma atuação mais integral e menos fragmentada (DIMENSTEIN et al., 2009).</p>
15.INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE	<p>Compreende o processo de acompanhamento dos serviços de saúde, de forma a avaliar as ações desenvolvidas pelos profissionais. O monitoramento engloba a observação e o registro regular (rotineiro) das atividades desenvolvidas, com vistas a subsidiar o processo de avaliação (julgamento de valor) das ações (MINKMAN et al, 2009; HIRSCHHORN et al, 2009; VENANCIO, 2011, GIOVANELLA, 2011). Uma rede de atenção à saúde inovadora deve ter práticas institucionalizadas de monitoramento e avaliação, isto é, incorporadas à sua rotina, produzindo análises regulares do desempenho da rede de atenção.</p>
16.DEFINIÇÃO DE PAPEIS E RESPONSABILIDADES ENTRE SERVIÇOS E PROFISSIONAIS	<p>Compreende a definição do escopo e da abrangência das atribuições de cada serviço e de cada profissional, de forma que todos estejam cientes da função (papel) e da(s) responsabilidade(s) que lhe cabem (BÉLAND et al, 2006; MINKMAN et al, 2009; STRANDBERG-LARSEN et al, 2010; TOPP et al, 2012; BATTERHAM et al, 2002; SILVA et al, 2010). A falta de definição clara dos papéis e responsabilidades é um fator gerador de conflitos e prejudica a circulação dos usuários na rede de atenção.</p>
17.ESTRUTURA E PROCESSO DE REGULAÇÃO DO ACESSO	<p>Diz respeito ao ordenamento e à coordenação das relações estabelecidas entre as unidades prestadoras de serviços, de forma a garantir a circulação adequada dos usuários na rede de atenção à saúde. O processo de regulação do acesso dos usuários aos diversos serviços de saúde requer a existência institucionalizada de um setor (setor de regulação) responsável pela</p>

	<p>organização dos fluxos assistenciais. Este setor deve contar com recursos humanos, materiais e físicos que assegurem o acesso e a continuidade do cuidado aos usuários no âmbito da rede de atenção à saúde (VENANCIO, 2011; ALMEIDA et al, 2010; GIOVANELLA et al, 2009; LIMA; RIVERA, 2010; SANTOS et al, 2010; SISSON et al, 2011), o que requer o estabelecimento de espaços de negociação e a avaliação dos processos de pactuação (MCDONALD et al, 2011; AGURTO et al, 2005; BRAWER et al, 2010; MORRISEY et al, 2002; VAN WIJNGAARDEN; DE BONT; HUIJSMAN, 2006; MCCRONE et al, 2004; ALMEIDA et al, 2010; MOTTA, AGUIAR, CALDAS, 2011; SISSON et al, 2011).</p>
18.REGULAÇÃO DE SERVIÇOS	<p>A regulação de serviços de saúde é garantida por meio das ações de regulação da atenção à saúde, incidindo na produção direta das ações de serviços e nos prestadores de serviços respeitando as disposições legais (leis, regras, normas, instruções e contratos) que visem garantir o seu cumprimento (BAHIA; SOUZA, 2013). No SUS constitui-se enquanto um processo gerencial que contempla: credenciamento dos estabelecimentos públicos e privados; cadastramento dos estabelecimentos de saúde, dos profissionais e dos usuários; programação orçamentária - orientada pela PPI - por estabelecimento (ambulatorial) e autorização das internações e dos procedimentos especializados e de alta complexidade. Deve se configurar como um processo de pactuação entre os gestores dos sistemas de saúde e dos prestadores de serviços públicos e privados para além do ato formal da contratação, de modo a garantir a integralidade da assistência à saúde ao usuário, através da contratualização de serviços, aliado a um planejamento das necessidades de complementação da sua carta de serviços de saúde quando esta for insuficiente (BRASIL, 2011).</p>
19.GOVERNANÇA	<p>A governança pode ser definida como o ato de bem governar – com responsabilidade, estabilidade, efetividade, qualidade, legalidade e honestidade – as relações entre a população, os recursos e os serviços de saúde, de modo a articulá-los em função do objetivo de cuidar da saúde (SOUZA; BAHIA, 2014). Deve se materializar em uma estrutura responsável pela organização dos recursos humanos e materiais disponíveis e pelas estratégias de oferta dos serviços ao interior das redes. Pode ser classificada em três níveis: a) o nível micro, referente à coordenação da assistência, b) o meso, relacionado com a gestão operacional dos serviços, e c) o nível macro, que compreende a condução estratégica da rede com um todo (GLENDINNING, 2003; LIN, 2007; MACADAM, 2011; VENANCIO, 2011). Possuir uma estrutura bem definida de governança, com espaços e processos claros de tomada de decisão é um critério importante para identificar redes inovadoras. Para fins desta proposta metodológica, serão considerados apenas os níveis meso e macro da governança, visto que o nível micro está contemplado em outros critérios.</p>
20.COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS	<p>Envolve o diálogo, a conversa, o convívio e o envolvimento entre os diversos profissionais que atuam nos serviços de saúde que compõem a rede de atenção. A comunicação é um atributo essencial ao processo de articulação em rede, de modo que favorece a interação entre serviços distintos e promove o trabalho em equipe (cooperativo e colaborativo) (GARCÍA et al, 2011; CHAN et al, 2011; BRAWER et al, 2010; VRIJHOEF et al, 2009; CHREIM et al, 2012; LIN, 2007; VENANCIO, 2011). A existência efetiva de práticas comunicativas, reconhecida pelos profissionais é, portanto, um importante critério de identificação de experiências inovadoras de redes de saúde.</p>
21.REGISTRO E COMPARTILHAMENTO DAS INFORMAÇÕES	<p>Compreende tanto o registro das informações referentes ao cuidado ofertado à população, realizado pelos trabalhadores de saúde, quanto o compartilhamento destas informações, com o objetivo de aperfeiçoar a atenção prestada e favorecer o trabalho em equipe. O registro das informações pode ser realizado de forma manual, utilizando-se formulários e prontuários, ou de forma eletrônica (informatizada). Os registros eletrônicos aumentariam a eficácia do controle, da avaliação e do monitoramento das ações realizadas (ALMEIDA, 2010; BRAWER et al, 2010; MINKMAN et al, 2009; PROVOST et al, 2011; STRANDBERG-LARSEN et al, 2010) e, assim como os registros manuais, são fontes importantes para a pesquisa epidemiológica e econômica no setor saúde. A informatização pode ser feita mediante a introdução de prontuários eletrônicos na rotina dos serviços e pode ser utilizada para coletar informações e compilar os dados de forma centralizada, de modo a garantir uma maior supervisão, incluindo feedback e um melhor controle sobre os aspectos administrativos, facilitando o cuidado integrado (MACADAM, 2011; CHEN et al, 2009; HIRSCHHORN et al, 2009).</p>
DIMENSÃO 4 - INFRAESTRUTURA E FINANCIAMENTO	
<p>As redes de saúde são sustentadas por um conjunto de recursos físicos, humanos, materiais e imateriais, que constituem as bases que criam as condições e sobre as quais se desenrolam os processos gerenciais e assistenciais na oferta de serviços de saúde. Tais recursos são de diversas naturezas os estabelecimentos, equipamentos e insumos, incluindo os saberes ou conhecimentos postos em operação para lidar com as condições e problemas que a rede busca resolver (SOUZA; BAHIA,</p>	

	<p>2014). No que diz respeito à configuração física, o desenho de uma rede de atenção centrada na APS e voltada para DCNT requer a inclusão de estabelecimentos de diversos níveis de complexidade e natureza, incorporando equipamentos sociais e comunitários e unidades de saúde (serviços de APS, unidades hospitalares e não hospitalares, de apoio diagnóstico, terapêutico, entre outros). Entre os equipamentos sociais e comunitários, é importante destacar aqueles relacionados às condições de vida como iluminação pública, transporte, praças e espaços públicos, ginásios esportivos, entre outros. A infraestrutura diz respeito também à disponibilidade de recursos humanos, em quantidade adequada às necessidades e com as competências - conhecimentos, habilidades e atitudes - requeridas ao desempenho satisfatório de suas atividades laborais, e ao sistema de transporte sanitário. A infraestrutura material se refere aos insumos necessários à prestação de serviços, incluindo desde medicamentos e material médico-hospitalar até material de escritório. A infraestrutura imaterial envolve tanto instruções normativas que orientam a constituição e o funcionamento das redes, quanto os saberes e os conhecimentos mobilizados pelos profissionais e trabalhadores de saúde para prestar o cuidado aos usuários. Essa infraestrutura que dá suporte à configuração da rede, bem como os recursos e processos que são mobilizados, se mantêm às custas de investimentos financeiros cujas características garantirão ou não a eficiência e a efetividade das ações implementadas pela rede de atenção. O financiamento das redes deve ser flexível e abrangente, de modo a assegurar a continuidade do cuidado (LIN, 2007). Ainda infraestrutura, a rede deve dispor de processos de formação, treinamento e capacitação contínua e permanente, direcionados aos profissionais dos serviços de saúde, de forma a abordar temas relacionados tanto à organização dos serviços de saúde quanto à assistência à saúde da população (GARCÍA et al, 2011; REED et al, 2001; BALCÁZAR et al, 2009; BRAWER et al, 2010; MORIN et al, 2007).</p>
<p>22. ESTRUTURA DA REDE</p>	<p>Conjunto de equipamentos que compõem a rede e que são utilizados para fins de desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção, tratamento e reabilitação. Pode incluir praças e espaços públicos, ginásios esportivos, entre outros, desde que utilizados para aqueles fins e os seguintes estabelecimentos/ serviços: unidades de saúde da família; unidades básicas de saúde; unidade mista; clínica médica comunitária; centro de atenção psicossocial; centros de especialidades odontológicas; centro de saúde; centro e clínicas de especialidades médicas; policlínicas regionalizadas; atendimento domiciliar; educação física; ambulatório de saúde bucal; unidades não hospitalares de atendimento às urgências; serviços de emergência; serviços de pronto-atendimento regionalizado; serviços intermediários de pronto-atendimento; pré-hospitalar móvel (serviço de atendimento móvel de urgência - SAMU); hospitais; serviços de apoio diagnóstico e terapêutico; centros de imagem e de diagnósticos não invasivos; centro de diagnósticos invasivos, procedimentos minimamente invasivos e cirurgia ambulatorial; laboratório; assistência farmacêutica; maternidade; serviços de cuidados paliativos; vigilância sanitária; vigilância epidemiológica; unidade de reabilitação física; serviços de reabilitação. Na estrutura imaterial são incorporadas as instruções normativas que orientam a constituição e o funcionamento das redes.</p>
<p>23. FINANCIAMENTO DA REDE</p>	<p>Compreende o conjunto dos recursos financeiros (econômicos) necessários para garantir um adequado funcionamento da rede de atenção à saúde. Estes recursos devem ser suficientes para o pleno desenvolvimento dos serviços de saúde que compõem a rede de atenção. A suficiência dos recursos pode ser avaliada pela existência de um quantitativo adequado de profissionais e trabalhadores e pela garantia, sem solução de continuidade, do fornecimento dos insumos materiais e da provisão de serviços de apoio ao desenvolvimento das ações de saúde. A abrangência, por sua vez, pode ser verificada pelo número e pela variedade de itens - pessoal, material, serviços - para os quais estão assegurados os recursos financeiros (BÉLAND et al, 2006; MINKMAN et al, 2009; MORRISEY et al, 2002; WEDEL et al, 2007; BATTERHAM et al, 2002; MACADAM, 2011; HIRSCHHORN et al, 2009; GIOVANELLA, 2011).</p>
<p>24. VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL</p>	<p>Envolve o reconhecimento da importância do profissional ou do trabalhador para o pleno desenvolvimento das ações da rede de atenção à saúde. Este reconhecimento deve ser percebido (sentido) pelo profissional e engloba a melhoria das condições de trabalho, incluindo a remuneração e a existência de carreiras. A valorização profissional pressupõe diversos elementos, como a dignidade, a realização profissional, a segurança (estabilidade) e a oportunidade de promoção e crescimento profissional (MORIN et al, 2007). Neste sentido, a satisfação dos trabalhadores com suas condições de trabalho pode ser uma proxy da valorização profissional e ser usada como critério para identificar iniciativas inovadoras de redes de saúde.</p>
<p>25. EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES DE SAÚDE</p>	<p>Compreende processos de formação, treinamento e capacitação direcionados aos profissionais dos serviços de saúde, de forma a abordar temas relacionados tanto à organização dos serviços de saúde quanto à assistência à saúde da população. Este processo educativo deve ter caráter contínuo e permanente, integrar trabalhadores de diferentes serviços e de diferentes núcleos profissionais, considerando a dinâmica do processo saúde-doença e as inovações em saúde e as aspirações dos próprios trabalhadores (GARCÍA et al, 2011; REED et al, 2001; BALCÁZAR et al, 2009; BRAWER et al, 2010; MORIN et al, 2007).</p>

APÊNDICE B: Matriz de julgamento com dimensões, critérios, perguntas de investigação e padrões utilizados para avaliação de redes de atenção centradas na APS voltadas para o controle de DCNT

POPULAÇÃO E TERRITÓRIO		
ADSCRIÇÃO POPULACIONAL		
PERGUNTA(S) DE INVESTIGAÇÃO	GRADAÇÃO	OBSERVAÇÕES
a) Há adscrição territorial da população sob responsabilidade do serviço de saúde, respeitando critérios de tamanho, risco e vulnerabilidade populacional?	PARA A EqSF (USF)	Cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território (PNAB, 2012). São evidências de adscrição de clientela: utilização de mapas atualizados para definição de área, respeito aos critérios quantitativos estabelecidos pela PNAB e inexistência de população descoberta pela APS. Para que a rede alcance uma pontuação final de 10, os dois aspectos relacionados à adscrição populacional devem obter pontuação 10. Para que a rede alcance uma pontuação final de 5, os dois aspectos {a) e b)} relacionados à adscrição populacional devem alcançar pontuação 5 ou mais.
	0 – não há adscrição populacional ou a população adscrita é maior que 4000 pessoas 5 – há adscrição populacional com cobertura potencial entre 3000 e 4000 pessoas 10 – há adscrição populacional com cobertura potencial até 3000 pessoas	
	PARA A EqAB (UBS)	
	0 – não há adscrição populacional 10 – há adscrição populacional	
	PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES	
	0 – mais de 50% das equipes não atendem aos critérios de tamanho populacional 2,5 – entre 50 e 70% das equipes atendem apenas aos critérios de tamanho populacional 5 – entre 50 e 70% das equipes atendem aos critérios de tamanho, risco e vulnerabilidade populacional ou mais de 70% das equipes atendem aos critérios de tamanho populacional 10 – mais de 70% das equipes atendem aos critérios de tamanho, risco e vulnerabilidade populacional	
b) Existe população descoberta pela Atenção Primária no município?	PARA A EqSF (USF)	
	0 – possui população descoberta pela APS 10 – não possui população descoberta pela APS	
	PARA O MUNICÍPIO	
	0 – o município possui 50% ou mais da população descoberta pela APS 5 – o município possui de 1 a 49% da população descoberta pela APS 10 – o município não possui população descoberta pela APS	
MAPEAMENTO DO TERRITÓRIO		
Existe processo de territorialização?	PARA A EqSF/EqAB (USF/UBS)	As equipes devem trabalhar na lógica de territorialização, com utilização de mapas dinâmicos e atualizados – que se traduzem como estratégia de mapeamento usada para planejar ações e projetos voltados para a prevenção de
	0 – não existe territorialização ou existe territorialização desatualizada ou não existem mapas do território de abrangência 2,5 – existe territorialização atualizada apenas com mapas estáticos	

	<p>5 – existe territorialização atualizada com mapas dinâmicos 7,5 – existe territorialização, com utilização de mapas dinâmicos, atualizados, construídos com a participação de profissionais 10 – existe territorialização, com utilização de mapas dinâmicos, atualizados, construídos com a participação de profissionais e população</p> <p style="text-align: center;">PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – mais de 50% das equipes não possuem territorialização ou existe territorialização desatualizada 2,5 – entre 50 e 70% das equipes possuem territorialização atualizada apenas com mapas estáticos e as demais equipes não possuem territorialização ou existe territorialização desatualizada 5 – entre 50 e 70% das equipes possuem territorialização atualizada com mapas dinâmicos e as demais equipes não possuem territorialização ou existe territorialização desatualizada ou possuem mapas estáticos atualizados 7,5 – entre 50 e 70% das equipes possuem territorialização, com utilização de mapas dinâmicos, atualizados, construídos com a participação de profissionais 10 – mais de 70% das equipes possuem territorialização, com utilização de mapas dinâmicos, atualizados, construídos com a participação de profissionais e população e as demais equipes possuem mapas estáticos atualizados</p>	<p>doenças e agravos e promoção da saúde. Os mapas devem ser construídos com a participação de profissionais e da população, com delimitação da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades (PNAB, 2011).</p> <p>Considera-se como mapeamento atualizado aquele realizado nos últimos 12 meses.</p>
REALIZAÇÃO DE ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE		
<p>Os profissionais e gestores do município realizam regularmente análise da situação de saúde de forma participativa?</p>		<p>Deve existir análise atualizada (nos últimos 12 meses) dos indicadores epidemiológicos pelas equipes, o que pode demonstrado por meio de relatórios construídos a partir dos registros de saúde. A análise se refere aos dados produzidos por 100% das equipes ou estimados a partir de amostragem das equipes de AB e cotejadas com as informações fornecidas pelos gestores.</p> <p>A pontuação final do padrão relacionada a este critério deve incorporar as sete questões listadas. Isto significa que a equipe só alcançará o padrão 10, se obtiver a pontuação máxima para as questões a, b, c, d, e, f e g e alcançará a pontuação 5 se obtiver pontuação 5 em todas as questões ou pontuação 5 em cinco ou seis questões e pontuação 10 nas restantes. Não atendendo a essas condições, a equipe terá pontuação zero.</p>
<p>a) Há análise atual de situação de saúde a partir dos relatórios do SIS?</p>	<p style="text-align: center;">PARA A EqSF/EqAB (USF/UBS)</p> <p>0 – não possui análise atual de situação de saúde a partir dos relatórios do Sistema de Informação em Saúde</p>	

	<p>10 – possui análise atual de situação de saúde a partir dos relatórios do Sistema de Informação em Saúde</p> <p>PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – menos de 50% das equipes possui análise atual da situação de saúde a partir dos relatórios do Sistema de Informação em Saúde. 5 – entre 50 e 70% das equipes possuem análise atual da situação de saúde a partir dos relatórios do Sistema de Informação em Saúde. 10 – mais de 70% das equipes possuem análise atual da situação de saúde a partir dos relatórios do Sistema de Informação em Saúde.</p>	
b) Há utilização das informações sistematizadas a partir da análise de situação?	<p>PARA A EqSF/EqAB (USF/UBS)</p> <p>0 – não há sistematização das informações de saúde 5 – Há sistematização das informações, porém estas não são utilizadas 10 – Há utilização das informações sistematizadas a partir da análise</p> <p>PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – menos de 50% das equipes utilizam relatórios a partir da análise da situação de saúde 5 – entre 50 e 70% das equipes utilizam relatórios a partir da análise da situação de saúde 10 – mais de 70% das equipes utilizam relatórios a partir da análise da situação de saúde.</p>	
c) Foi realizado levantamento de problemas?	<p>PARA A EqSF/EqAB (USF/UBS)</p> <p>0 – não foi realizado levantamento de problemas 10 – foi realizado levantamento de problemas</p> <p>PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – menos de 50% das equipes realizam levantamento de problemas a partir da análise da situação de saúde 5 – entre 50 e 70% das equipes realizam levantamento de problemas a partir da análise da situação de saúde 10 – mais de 70% das equipes realizam levantamento de problemas a partir da análise da situação de saúde</p>	
d) Foram elencadas prioridades de saúde?	<p>PARA A EqSF/EqAB (USF/UBS)</p> <p>0 – não foram elencadas prioridades de saúde 10 – foram elencadas prioridades de saúde</p> <p>PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – menos de 50% das equipes elenca prioridades de saúde 5 – entre 50 e 70% das equipes elencam prioridades de saúde 10 – mais de 70% das equipes elencam prioridades de saúde</p>	

e) Foi estabelecido um plano de ação?	<p align="center">PARA A EqSF/EqAB (USF/UBS)</p> <p>0 – não foi estabelecido um plano de ação 10 – foi estabelecido um plano de ação</p> <p align="center">PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – menos de 50% das equipes estabelece plano de ação 5 – entre 50 e 70% das equipes estabelecem plano de ação 10 – mais de 70% das equipes estabelecem plano de ação</p>	
f) Na hipótese de a equipe identificar alguma DCNT como problema, existem ações específicas para enfrentá-la?	<p align="center">PARA A EqSF/EqAB (USF/UBS)</p> <p>0 – a DNCT identificada como problema, mas a equipe não desenvolve ações específicas para enfrentá-la 5 – a DNCT é identificada como problema e a equipe se restringe às ações de rotina estabelecidas nos manuais do MS para enfrentá-la 10 – a DNCT é identificada como problema e a equipe desenvolve ações inovadoras para enfrentá-la</p> <p align="center">PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – menos de 50% das equipes identifica alguma DCNT como prioridade 5 – entre 50 e 70% das equipes identificam alguma DCNT como prioridade 10 – mais de 70% das equipes identificam alguma DCNT como prioridade</p>	<p>Caso a equipe não tenha elencado DCNT como problema, não haverá pontuação (não se aplica). São consideradas ações inovadoras, aquelas que extrapolam as ações de rotina estabelecidas nos manuais do MS. Para identificação das ações restritas aos manuais do MS e as consideradas inovadoras, há um detalhamento dessas ações no protocolo da pesquisa.</p>
g) Houve participação da população na realização da análise da situação de saúde?	<p align="center">PARA A EqSF/EqAB (USF/UBS)</p> <p>0 – não há representantes dos usuários na realização da análise de situação de saúde 10 – há representantes dos usuários na realização da análise de situação de saúde</p> <p align="center">PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – menos de 50% das unidades os usuários participam da análise de situação de saúde mediante participação em oficinas com a equipe de saúde para elencar problemas e prioridades a serem adotadas 5 – entre 50 e 70% das unidades os usuários participam da análise de situação de saúde mediante participação em oficinas com a equipe de saúde para elencar problemas e prioridades a serem adotadas 10 – mais de 70% das unidades os usuários participam da análise de situação de saúde mediante participação em oficinas com a equipe de saúde para elencar problemas e prioridades a serem adotadas</p>	

EXPERIÊNCIA DE USO DE SERVIÇOS		
Qual a percepção dos usuários sobre a acessibilidade geográfica, cultural e organizacional e qualidade do cuidado?	PARA A EqSF/EqAB (USF/UBS)	Para este critério, foi criado um escore a partir de 10 questões que resumem aspectos relativos a dimensões da percepção dos usuários, que se encontra com detalhamento no protocolo. Na pontuação deste critério para a equipe deverá ser estabelecida a média simples dos escores dos usuários adscritos. Para o município deverá ser obtida a média simples dos escores dos usuários do município ou a média do conjunto de equipes.
	Score variando de 0 a 10	
	PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES	
Score variando de 0 a 10		
INTERSETORIALIDADE		
Há parceria entre o setor saúde e instituições governamentais e/ou não governamentais de outros setores?	PARA A EQUIPE/SERVIÇO	Na análise desta questão devem ser observadas quais são as instituições existentes no território. Observar também a consistência da resposta do entrevistado ao identificar e descrever as atividades intersetoriais que são desenvolvidas no território.
	<p>0 – não há parceria do estabelecimento de saúde com instituições governamentais e/ou não governamentais de outros setores</p> <p>5 – há parceria do estabelecimento de saúde com pelo menos uma instituição governamental e/ou não governamental de outros setores (existentes no território) com desenvolvimento de atividades cuja periodicidade é superior a 15 dias, com pouca diversificação da natureza e dos espaços dessas atividades OU realiza quinzenalmente atividades intersetoriais, mas sem diversificação da natureza e dos espaços dessas atividades, abrangendo estratégias relacionadas ao enfrentamento das DCNT</p> <p>10 – há parceria do estabelecimento de saúde com pelo menos uma instituição governamental e/ou não governamental de outros setores (existentes no território) com desenvolvimento de atividades cuja periodicidade é, pelo menos, quinzenal, com diversificação da natureza e dos espaços dessas atividades, abrangendo estratégias relacionadas ao enfrentamento das DCNT</p>	
	PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES	
<p>0 – menos de 50% das equipes desenvolvem parceria com pelo menos uma instituição governamental e/ou não governamental de outros setores (existentes no território) com desenvolvimento de atividades cuja periodicidade é, pelo menos, quinzenal, com diversificação da natureza e dos espaços dessas atividades, abrangendo estratégias relacionadas ao enfrentamento das DCNT</p> <p>5 – entre 50 e 70% das equipes desenvolvem parceria com pelo menos uma instituição governamental e/ou não governamental de outros setores (existentes no território) com desenvolvimento de atividades cuja periodicidade é, pelo menos, quinzenal, com diversificação da natureza</p>		

	e dos espaços dessas atividades, abrangendo estratégias relacionadas ao enfrentamento das DCNT 10 – mais de 70% das equipes das equipes desenvolvem parceria com pelo menos uma instituição governamental e/ou não governamental de outros setores (existentes no território) com desenvolvimento de atividades cuja periodicidade é, pelo menos, quinzenal, com diversificação da natureza e dos espaços dessas atividades, abrangendo estratégias relacionadas ao enfrentamento das DCNT	
PARTICIPAÇÃO SOCIAL		
Há mecanismos de participação social da rede de atenção à saúde?		São evidências de participação social a existência de conselho local de saúde, com composição paritária entre usuários, trabalhadores e prestadores de serviço (50% de usuários, 25% de trabalhadores e 25% de prestadores de serviço e gestores) e periodicidade, pelo menos, mensal de atividades. Para a avaliação do município/conjunto das equipes, deve ser levada em consideração a análise do CLS e do CMS Para a análise deste critério, é necessário cotejar os instrumentos dos gestores, profissionais de saúde e usuários A pontuação final do padrão relacionada a este critério deve incorporar as três questões listadas. Isto significa que o município/região de saúde só alcançará o padrão 10, se obtiver a pontuação máxima para as questões a , b e c , e alcançará a pontuação 5 se obtiver pontuação 5 em todas as questões ou pontuação 5 em uma ou duas questões e pontuação 10 nas restantes. Não atendendo a essas condições, o município/rede de atenção à saúde terá pontuação zero.
a) Existe conselho local e municipal de saúde, funcionando de forma adequada, onde são discutidas as questões relacionadas às DCNT?	PARA A EqSF/EqAB (USF/UBS) 0 – não existe Conselho Local de Saúde OU este não é paritário, OU este não se reúne com regularidade satisfatória OU as questões relacionadas às DCNT não são pautadas nas reuniões do Conselho 5 – existe Conselho Local de Saúde, com composição paritária de seus representantes, reuniões com periodicidade bimestral ou trimestral e as questões relacionadas às DCNT são pautadas nessas reuniões 10 – existe Conselho Local de Saúde, com composição paritária de seus representantes, reuniões com periodicidade, pelo menos, mensal e as questões relacionadas às DCNT são pautadas nessas reuniões	

	<p style="text-align: center;">PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – não existe Conselho Municipal de Saúde, com composição paritária de seus representantes, reuniões com periodicidade pelo menos, mensal e as questões relacionadas às DCNT são pautadas nessas reuniões OU menos de 50% das unidades possuem Conselho Local de Saúde, com composição paritária de seus representantes, reuniões com periodicidade, pelo menos, mensal e as questões relacionadas às DCNT são pautadas nessas reuniões</p> <p>5 – entre 50 e 70% das unidades possuem Conselho Local de Saúde, com composição paritária de seus representantes, reuniões com periodicidade, pelo menos, mensal e as questões relacionadas às DCNT são pautadas nessas reuniões E existe Conselho Municipal de Saúde, com composição paritária de seus representantes, reuniões com periodicidade, pelo menos, mensal e as questões relacionadas às DCNT são pautadas nessas reuniões</p> <p>10 – mais de 70% das unidades possuem Conselho Local de Saúde, com composição paritária de seus representantes, reuniões com periodicidade, pelo menos, mensal e as questões relacionadas às DCNT são pautadas nessas reuniões E existe Conselho Municipal de Saúde, com composição paritária de seus representantes, reuniões com periodicidade, pelo menos, mensal e as questões relacionadas às DCNT são pautadas nessas reuniões</p>	
b) Há estímulo à participação social em saúde?	<p style="text-align: center;">PARA A EqSF/EqAB (USF/UBS)</p> <p>0 – a equipe e o município não desenvolvem atividades para estimular a participação dos usuários E os usuários são convidados a participar das reuniões com a equipe da unidade de saúde (na maioria das vezes ou algumas vezes)</p> <p>OU</p> <p>A equipe e o município desenvolvem atividades para estimular a participação dos usuários E usuários são convidados a participar das reuniões com a equipe da unidade de saúde (raramente ou nunca)</p> <p>5 – a equipe e o município desenvolvem atividades para estimular a participação dos usuários E usuários são convidados a participar das reuniões com a equipe da unidade de saúde (na maioria das vezes ou algumas vezes)</p> <p>10 – a equipe e o município desenvolvem atividades para estimular a participação dos usuários E usuários são convidados a participar das reuniões com a equipe da unidade de saúde (sempre ou quase sempre)</p> <p style="text-align: center;">PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – menos de 50% das equipes desenvolve atividades para estimular a participação dos usuários, o município desenvolve atividades para estimular a participação dos usuários E os usuários são convidados a</p>	

	<p>participar das reuniões com a equipe da unidade de saúde (sempre ou quase sempre)</p> <p>5 – entre 50 e 70% das equipes desenvolvem atividades para estimular a participação dos usuários, o município desenvolve atividades para estimular a participação dos usuários E os usuários são convidados a participar das reuniões com a equipe da unidade de saúde (sempre ou quase sempre)</p> <p>10 – mais de 70% das equipes desenvolvem atividades para estimular a participação dos usuários, o município desenvolve atividades para estimular a participação dos usuários E os usuários são convidados a participar das reuniões com a equipe da unidade de saúde (sempre ou quase sempre)</p>	
<p>c) A participação social envolve questões relacionadas à formulação, implementação, gestão e avaliação da rede de atenção à saúde?</p>	<p style="text-align: center;">PARA A EqSF/EqAB (USF/UBS)</p> <p>0 – o usuário não participa das questões relacionadas à formulação, implementação, gestão e avaliação da rede de atenção à saúde OU não sabe informar</p> <p>10 – o usuário participa das questões relacionadas à formulação, implementação, gestão e avaliação da rede de atenção à saúde, na qual as sugestões dos usuários ou de pessoas da comunidade são levadas em consideração pelos profissionais dessa equipe para a tomada de decisão no serviço</p> <p style="text-align: center;">PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – em menos de 50% das equipes o usuário participa das questões relacionadas à formulação, implementação, gestão e avaliação da rede de atenção à saúde, na qual as sugestões dos usuários ou de pessoas da comunidade são levadas em consideração pelos profissionais dessa equipe para a tomada de decisão no serviço</p> <p>5 – em 50 a 70% das equipes o usuário participa das questões relacionadas à formulação, implementação, gestão e avaliação da rede de atenção à saúde, na qual as sugestões dos usuários ou de pessoas da comunidade são levadas em consideração pelos profissionais dessa equipe para a tomada de decisão no serviço</p> <p>10 – em mais de 70% das equipes o usuário participa das questões relacionadas à formulação, implementação, gestão e avaliação da rede de atenção à saúde, na qual as sugestões dos usuários ou de pessoas da comunidade são levadas em consideração pelos profissionais dessa equipe para a tomada de decisão no serviço</p>	

MODELO DE ATENÇÃO		
ACOLHIMENTO		
<p>Há rotina institucionalizada para o acolhimento dos usuários nos serviços de saúde?</p>		<p>Espera-se que exista na rede acolhimento dos usuários, com escuta qualificada de suas queixas e necessidades, avaliação do seu estado de saúde e das necessidades de cuidado, bem como o encaminhamento a serviços mais apropriados às suas necessidades, quando necessário. Só é considerada rotina institucionalizada de acolhimento aquela realizada diariamente.</p> <p>O acolhimento deve contemplar avaliação e classificação de risco, como um processo dinâmico de identificação de pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do usuário, e não com a ordem de chegada ao serviço (PNH, 2004).</p> <p>A pontuação final do critério acolhimento será a média ponderada das questões A e B, sendo que a questão A terá peso 2 e a questão B terá peso 1.</p> <p>A pontuação final do padrão relacionada a este critério deve incorporar as duas questões listadas. Isto significa que o município/região de saúde só alcançará o padrão 10, se obtiver a pontuação máxima para as duas questões e alcançará a pontuação 5 se obtiver pontuação 5 em todas as questões ou pontuação 5 em uma questão e 10 na outra. Não atendendo a essas condições, o município/rede de atenção à saúde terá pontuação zero.</p>
<p>a) O acolhimento é uma prática institucionalizada nos serviços de saúde do município/região de saúde?</p>	<p>PARA A EQUIPE/SERVIÇO</p> <p>0 – não há acolhimento dos usuários ou o acolhimento é realizado esporadicamente</p> <p>10 – há acolhimento diário dos usuários com profissional de nível superior, designado para o acolhimento e encaminhamento a outros serviços quando necessário</p>	<p>Para a questão a), deverá ser considerada a pontuação das questões 13, 13.3, 14, 14.1 e 14.2 (no instrumento do profissional da APS). Para maior detalhamento, consultar protocolo de pesquisa.</p> <p>Cotejar com a observação <i>in loco</i>.</p>

	<p align="center">PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – menos de 50% das equipes tem acolhimento diário dos usuários com profissional de nível superior, designado para o acolhimento e encaminhamento a outros serviços quando necessário 5 – entre 50 e 70% das equipes tem acolhimento diário dos usuários com profissional de nível superior, designado para o acolhimento e encaminhamento a outros serviços quando necessário 10 – mais de 70% das equipes tem acolhimento diário dos usuários com profissional de nível superior, designado para o acolhimento e encaminhamento a outros serviços quando necessário</p>	
b) Há triagem com classificação de risco?	<p align="center">PARA A EQUIPE/SERVIÇO</p> <p>0 – não há triagem com classificação de risco 10 – há triagem com classificação de risco</p> <p align="center">PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – menos de 50% das equipes fazem triagem com classificação de risco 5 – entre 50 e 70% das equipes fazem triagem com classificação de risco 10 – mais de 70% das equipes fazem triagem com classificação de risco</p>	Cotejar com a observação <i>in loco</i> para verificar se a triagem por classificação de risco está sendo um obstáculo ao acesso do usuário. Neste caso, a pontuação da questão anterior deverá ser revista (0 ou 5, a depender do caso).
ADOÇÃO DE PROTOCOLOS/DIRETRIZES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICA		
Há utilização rotineira [sempre ou quase sempre] de protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas para as DCNT?	<p align="center">PARA A EQUIPE/SERVIÇO</p> <p>0 – não há utilização rotineira (sempre ou quase sempre) de protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas OU há para apenas uma das DCNT 5 – há utilização rotineira (sempre ou quase sempre) de protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas para duas ou três DCNT 10 – há utilização rotineira (sempre ou quase sempre) de protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas para quatro ou cinco DCNT</p> <p align="center">PARA O CONJUNTO DAS EQUIPES EM CADA NÍVEL DE ATENÇÃO</p> <p>0 – menos de 50% das equipes utilizam protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas rotineiramente para quatro ou cinco DCNT 5 – entre 50 e 70% das equipes utilizam protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas rotineiramente para quatro ou cinco DCNT 10 – mais de 70% das equipes utilizam protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas rotineiramente para quatro ou cinco DCNT</p> <p align="center">PARA O MUNICÍPIO</p> <p>0 – não há utilização rotineira de protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas para as DCNT pelos serviços de APS, AE, AH e Urgência e Emergência ou apenas um nível de atenção utiliza</p>	

	<p>rotineiramente protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas para as DCNT</p> <p>5 – a APS utiliza rotineiramente protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas para as DCNT e mais um nível de atenção também utiliza rotineiramente protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas para as DCNT</p> <p>10 – todos os níveis de atenção (APS, AE, AH e Urgência e Emergência) utilizam rotineiramente protocolos/diretrizes clínico-epidemiológicas para as DCNT</p>	
EXISTÊNCIA DE GERENTE DE CASO		
Há um profissional específico na(s) equipe(s)/unidade(s) que seja responsável pela gestão de casos complexos relacionados com as DNCT?	PARA A EQUIPE/SERVIÇO	
	<p>0 – Não há profissional que assuma a função de gerente de caso</p> <p>5 – há gerente de casos complexos de pelo menos uma DCNT</p> <p>10 – há gerente para todos os casos complexos</p>	
	PARA O MUNICÍPIO	
	<p>0 – menos de 50% das equipes referiram a existência de um profissional que assuma a função de gerente de caso</p> <p>5 - entre 50 e 70% das equipes referiram a existência de um profissional que assuma a função de gerente de caso</p> <p>10 – mais de 70% das equipes referiram a existência de um profissional que assuma a função de gerente de caso</p>	
DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE PROMOÇÃO E PREVENÇÃO		
Existe realização sistemática de ações de promoção à saúde e prevenção de doenças, riscos e agravos à saúde da população, relacionadas às DCNT?	PARA A EQUIPE/SERVIÇO	<p>Para fins de análise, são consideradas ações de promoção à saúde aquelas voltadas aos determinantes sociais da saúde, como: ações sobre o ambiente e saneamento básico, geração de renda e emprego, estímulo à mobilização comunitária e organização social, construção de praças e intervenções voltadas para políticas sociais mais amplas (uso do tabaco, controle da distribuição de alimentos e bebidas nas escolas e entorno escolar etc.).</p> <p>Já as ações de prevenção têm um foco mais direto sobre as doenças e agravos, como orientações sobre alimentação saudável para portadores de DCNT e prática de atividade física.</p>
	<p>0 – a equipe não realiza ou realiza de forma esporádica ações de promoção e prevenção</p> <p>5 – a equipe realiza ações de promoção OU prevenção de forma sistemática (pelo menos uma ação por semana)</p> <p>10 – a equipe realiza ações de promoção E prevenção de forma sistemática (pelo menos uma ação por semana)</p>	
	PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES	
	<p>0 – menos de 50% das equipes realizam ações de promoção e prevenção de forma sistemática (pelo menos uma ação por semana)</p> <p>5 - entre 50 e 70% das equipes realizam ações de promoção e prevenção de forma sistemática (pelo menos uma ação por semana)</p> <p>10 – mais de 70% das equipes realizam ações de promoção e prevenção de forma sistemática (pelo menos uma ação por semana)</p>	

QUALIDADE TÉCNICA DOS SERVIÇOS OFERTADOS		
As práticas de saúde desenvolvidas nos serviços são adequadas de modo a atender a padrões de qualidade técnico-científica?	PARA A EQUIPE/SERVIÇO	Para este critério, foi criado um escore correspondente a dois sub-itens que compõem a qualidade técnica das práticas de saúde desenvolvidas nos serviços, a saber: a) medidas de segurança do usuário (cujo número de questões varia de acordo com o instrumento); e b) aspectos que resumizam a qualidade técnica do cuidado aos portadores das DCNT, que totalizam, por sua vez, 30 pontos, sendo 7 para HAS, 8 para DM, 5 para ASMA, 5 para DPOC e 5 para CÂNCER. As medidas de segurança do paciente serão consideradas existentes se e somente se todas as questões apresentarem como resposta [sempre ou quase sempre]. A existência das medidas de segurança é pré-requisito para a qualidade técnica das práticas de saúde. Somente na sua presença será considerada a pontuação dos aspectos que resumizam a qualidade técnica do cuidado aos portadores de DCNT. Portanto, se qualquer uma das respostas for diferente de [sempre ou quase sempre], a pontuação referente ao bloco da qualidade científica alcançará escore zero. Quando houver atendimento às normas de segurança do paciente, a pontuação máxima dos aspectos que resumizam a qualidade técnica do cuidado será 30 pontos, dividida por 3 para obtenção do escore, que varia de 0 a 10. Alcançará o escore de 1 ponto a questão cuja opção de resposta seja [sempre ou quase sempre], tendo as demais opções pontuação zero. Pode ser conduzida uma análise por tipo de doença, se assim for desejado.
	ESCORE VARIANDO DE 0 A 10 INSATISFATÓRIA → escore ≤ 4 REGULAR → escore 5 a 7 SATISFATÓRIA → escore > 7	
	PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES	
	0 – menos de 50% das equipes possui escore >7 5 – entre 50 e 70% das equipes possuem escore >7 10 – mais de 70% das equipes possuem escore >7	
COMPARTILHAMENTO DE RESPONSABILIDADES ENTRE PROFISSIONAIS		
Há compartilhamento de responsabilidades entre os diversos profissionais para a realização de ações individuais e coletivas no território?	PARA A EqSF/EqAB (USF/UBS)	Para fins de análise são consideradas: AÇÕES INDIVIDUAIS: Discussões de caso, construção de projetos terapêuticos individuais e condução de grupos terapêuticos/temáticos (HAS, DM...) AÇÕES COLETIVAS: Planejamento das atividades, avaliação e monitoramento das ações, desenvolvimento de ações intersetoriais, desenvolvimento e ações de promoção e prevenção e mobilização comunitária
	0 – não há compartilhamento de responsabilidades entre os diversos profissionais de ações individuais e coletivas desenvolvidas no território OU o compartilhamento é limitado (poucas ações) 5 – há compartilhamento de responsabilidades entre os diversos profissionais para o planejamento, avaliação e monitoramento das ações e o desenvolvimento compartilhado de pelo menos uma ação individual e uma ação coletiva no território por todos os profissionais daquela equipe OU	

	<p>há compartilhamento de responsabilidades entre a maioria dos profissionais da equipe para a realização de todas as ações individuais e coletivas no território</p> <p>10 – há compartilhamento de responsabilidades entre todos os profissionais da equipe para a realização de todas as ações individuais e coletivas no território</p>	
PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES		
<p>A equipe incentiva o autocuidado e autonomia do usuário?</p>	<p>0 – em menos de 50% das equipes há compartilhamento de responsabilidades entre os diversos profissionais de ações individuais e coletivas desenvolvidas no território</p> <p>5 – entre 50 e 70% das equipes há compartilhamento de responsabilidades entre os diversos profissionais de ações individuais e coletivas desenvolvidas no território OU mais de 70% das equipes alcançaram pontuação 5</p> <p>10 – em mais de 70% das equipes há compartilhamento de responsabilidades entre os diversos profissionais de ações individuais e coletivas desenvolvidas no território</p>	<p>Sinaliza-se que há uma diferença entre este critério e o critério “PARTICIPAÇÃO SOCIAL”, valorizando os aspectos da autonomia do usuário com relação às decisões sobre sua saúde.</p> <p>A pontuação final deste critério deve incorporar dois componentes: a) realização de atividades educativas junto aos usuários (peso 1) e b) participação dos usuários nas decisões do processo assistencial (peso 2). Isto significa que para o cálculo do escore final, deve-se somar a pontuação do escore a) com o dobro da pontuação do escore b) e dividir essa soma por 3.</p> <p>Para o componente a), será considerada pontuação 10 quando existe realização rotineira (diária ou semanal) de atividades educativas que visem estimular o autocuidado do usuário portador de DCNT e pontuação 0 (zero), quando não há realização de atividades educativas que visem estimular o autocuidado do usuário portador de DCNT OU essas atividades são desenvolvidas esporadicamente (quinzenal ou mensal ou semestral).</p> <p>Para o sub-item b), foi criado um escore a partir de 5 questões que sumarizam aspectos relativos às decisões do processo assistencial. Para detalhamento da pontuação consultar informações no protocolo.</p>
INCENTIVO AO AUTOCUIDADO E AUTONOMIA DO USUÁRIO		
PARA A EQUIPE/SERVIÇO		
Escore variando de 0 a 10		
PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES		
<p>0 –menos de 50% das equipes obteve escore ≥ 4</p> <p>5 –entre 50 e 70% das equipes obtiveram escore ≥ 4</p> <p>10 –mais de 70% das equipes obtiveram escore ≥ 4</p>		

		Na pontuação deste critério para a equipe deverá ser estabelecida a média simples dos escores dos usuários adscritos. Para o município deverá ser obtida a média simples dos escores dos usuários do município ou a média do conjunto de equipes.
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS		
APOIO MATRICIAL		
a) Há realização de apoio matricial do NASF para as equipes de APS?	PARA A EQUIPE/SERVIÇO	O apoio matricial se refere à existência de um arranjo de organização do processo de trabalho onde o especialista ou a equipe especializada atua como suporte clínico-terapêutico e técnico-pedagógico ao profissional ou à equipe generalista. Considera-se como suporte clínico terapêutico discussões de caso, interconsulta/consulta compartilhada, apoio para ações de promoção à saúde e apoio para ações de prevenção de doenças. Considera-se como suporte técnico-pedagógico os processos de Formação/Capacitação/educação profissional. Para o componente “ discussão de caso ”, alcançará o escore de 1 ponto a questão cuja opção de resposta seja [sim] e [periodicidade diária ou semanal], e alcançará pontuação zero cuja opção de resposta seja [não] ou [periodicidade quinzenal, mensal ou outra]. Para os componentes “ interconsulta/consulta compartilhada ”, “ apoio para ações de promoção à saúde ” e “ apoio para ações de prevenção de doenças ” alcançará o escore de 1 ponto cada a questão cuja opção de resposta seja [sim] e [periodicidade diária, semanal ou quinzenal], e alcançará pontuação zero cuja opção de resposta seja [não] ou [periodicidade mensal ou outra]. Para o componente “ consultas individuais decorrentes de encaminhamento da atenção básica ” alcançará o escore de 1 ponto a questão cuja opção de resposta seja [sim] e [periodicidade diária, semanal, quinzenal], e alcançará pontuação zero cuja opção de resposta seja [não] ou [outra periodicidade]. Para o componente “ formação/ capacitação/ educação profissional ” alcançará o escore de 2 pontos a questão cuja opção de resposta seja [sim] e [periodicidade diária, semanal, quinzenal ou mensal], e alcançará pontuação zero cuja opção de resposta seja [não] ou [outra periodicidade].
	Escore variando de 0 a 10 INSUFICIENTE → escore ≤ 4 INTERMEDIÁRIO → escore 5 a 7 AVANÇADO → escore ≥ 8	
	PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES	
0 – menos de 50% das equipes possui escore 10 5 – entre 50 e 70% das equipes possuem escore 10 10 – mais de 70% das equipes possuem escore 10		
b) Há realização de apoio matricial do NASF para o CAPS?	PARA A EQUIPE/SERVIÇO	
	Escore variando de 0 a 10 INSUFICIENTE → escore ≤ 4 INTERMEDIÁRIO → escore 5 a 7 AVANÇADO → escore ≥ 8	
	PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES	
0 – menos de 50% das equipes possui escore 10 5 – entre 50 e 70% das equipes possuem escore 10 10 – mais de 70% das equipes possuem escore 10		
c) Há realização de apoio matricial do CAPS para as equipes de APS?	PARA A EQUIPE/SERVIÇO	
	Escore variando de 0 a 10 INSUFICIENTE → escore ≤ 4 INTERMEDIÁRIO → escore 5 a 7 AVANÇADO → escore ≥ 8	
	PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES	
0 – menos de 50% das equipes possui escore 10 5 – entre 50 e 70% das equipes possuem escore 10 10 – mais de 70% das equipes possuem escore 10		

		<p>Para o componente “planejamento conjunto” alcançará o escore de 1 ponto a questão cuja opção de resposta seja [sim] e alcançará pontuação zero cuja opção de resposta seja [não].</p> <p>Para o componente “apoio ao desenvolvimento de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas” alcançará o escore de 2 pontos a questão cuja opção de resposta seja [sim] e alcançará pontuação zero cuja opção de resposta seja [não].</p> <p>Caso o município não disponha de equipes NASF terá zero na pontuação desse critério e caso não haja CAPS, não haverá pontuação (não se aplica). Há um detalhamento dessa operacionalização no protocolo.</p> <p>A pontuação final deste critério se dará através da média aritmética dos escores das questões a), b) e c).</p>
INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE		
<p>Há processo sistemático de avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas na rede de atenção?</p>	<p style="text-align: center;">PARA A EQUIPE/SERVIÇO</p> <p>0 – a equipe não realiza avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas ou a última vez que realizou tem mais de 12 meses</p> <p>5 – a equipe realiza avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas, de forma rotineira, mas não utiliza relatórios gerados a partir dessa análise para auxiliar os processos decisórios em saúde</p> <p>10 – a equipe realiza avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas, de forma rotineira e os relatórios gerados a partir dessa análise são utilizados para auxiliar os processos decisórios em saúde</p> <p style="text-align: center;">PARA O CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – menos de 50% das equipes realizam avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas, de forma rotineira e os relatórios gerados a partir dessa análise são utilizados para auxiliar os processos decisórios em saúde</p> <p>5 – entre 50 e 70% das equipes realizam avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas, de forma rotineira e os relatórios gerados a partir dessa análise são utilizados para auxiliar os processos decisórios em saúde e as demais equipes pelo menos realizam avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas, mas não utilizam relatórios gerados a partir dessa análise</p> <p>10 – mais de 70% das equipes realizam avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas, de forma rotineira e os relatórios gerados a partir dessa análise são utilizados para auxiliar os processos decisórios em saúde</p> <p style="text-align: center;">PARA O MUNICÍPIO</p> <p>0 – a gestão não realiza avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas de forma rotineira</p>	<p>Para a análise do critério no âmbito das equipes serão utilizadas como fontes instrumentos dos profissionais; no âmbito do município serão utilizadas como fontes instrumentos dos coordenadores, sendo cotejadas as informações para verificação da consistência.</p> <p>Considera-se avaliação rotineira aquela realizada no último ano.</p>

	<p>5 – A gestão municipal de saúde realiza sistematicamente avaliação e monitoramento de desempenho da rede, mas <70% das equipes realizam avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas, de forma rotineira.</p> <p>10 – mais de 70% das equipes realizam avaliação e monitoramento das ações desenvolvidas, de forma rotineira e os relatórios gerados a partir dessa análise são utilizados para auxiliar os processos decisórios em saúde e a gestão municipal de saúde realiza sistematicamente avaliação e monitoramento de desempenho da rede</p>	
DEFINIÇÃO DE PAPEIS E RESPONSABILIDADES ENTRE SERVIÇOS E PROFISSIONAIS		
<p>Há definição clara de papéis e responsabilidades que cabem a cada serviço e a cada profissional da rede de atenção à saúde?</p>	<p style="text-align: center;">PARA A EQUIPE/SERVIÇO</p> <p>0 –os conflitos relativos à especificação de atribuições entre os profissionais da equipe ocorrem sempre ou quase sempre ou na maioria das vezes E as recusas de atendimento de usuários da APS por discordância de encaminhamento para serviços de outros níveis de atenção ocorrem sempre ou quase sempre ou na maioria das vezes</p> <p>5 – os conflitos relativos à especificação de atribuições entre os profissionais da equipe ocorrem algumas vezes E as recusas de atendimento de usuários da APS por discordância de encaminhamento para serviços de outros níveis de atenção ocorrem algumas vezes</p> <p>OU</p> <p>Os conflitos relativos à especificação de atribuições entre os profissionais da equipe ocorrem raramente ou nunca E as recusas de atendimento de usuários da APS por discordância de encaminhamento para serviços de outros níveis de atenção ocorrem algumas vezes</p> <p>OU</p> <p>Os conflitos relativos à especificação de atribuições entre os profissionais da equipe ocorrem algumas vezes E as recusas de atendimento de usuários da APS por discordância de encaminhamento para serviços de outros níveis de atenção ocorrem raramente ou nunca</p> <p>10 – os conflitos relativos à especificação de atribuições entre os profissionais da equipe ocorrem raramente ou nunca E as recusas de atendimento de usuários da APS por discordância de encaminhamento para serviços de outros níveis de atenção ocorrem raramente ou nunca</p> <p style="text-align: center;">PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – em menos de 50% das equipes os conflitos relativos à especificação de atribuições entre os profissionais da equipe ocorrem raramente ou nunca E as recusas de atendimento de usuários da APS por discordância de encaminhamento para serviços de outros níveis de atenção ocorrem raramente ou nunca</p>	<p>Para a análise deve-se cotejar as informações sobre encaminhamento nas respostas dos profissionais de todos os serviços investigados.</p>

	<p>5 – entre 50 e 70% das equipes os conflitos relativos à especificação de atribuições entre os profissionais da equipe ocorrem raramente ou nunca</p> <p>E as recusas de atendimento de usuários da APS por discordância de encaminhamento para serviços de outros níveis de atenção ocorrem raramente ou nunca</p> <p>10 – em mais de 70% das equipes os conflitos relativos à especificação de atribuições entre os profissionais da equipe ocorrem raramente ou nunca</p> <p>E as recusas de atendimento de usuários da APS por discordância de encaminhamento para serviços de outros níveis de atenção ocorrem raramente ou nunca</p>	
ESTRUTURA E PROCESSO DE REGULAÇÃO DO ACESSO		
Existe uma estrutura de regulação municipal e/ou regional que garanta a circulação adequada dos usuários na rede de atenção à saúde?	PARA O MUNICÍPIO/REGIÃO DE SAÚDE	Este critério deve ser cotejado com observação. Para este critério, foi criado um escore a partir de quatro componentes, que sumarizam aspectos relativos à central de regulação (peso 3), recursos humanos (peso 2), regulação do acesso a consultas e exames especializados e a leitos de internação e urgência (peso 3) e existência de critérios claros e explícitos para o acesso aos diferentes componentes da rede (peso 2), cujo detalhamento de pontuação consta no protocolo.
	<p>Escore variando de 0 a 10</p> <p>INCIPIENTE → escore ≤ 4</p> <p>INTERMEDIÁRIO → escore 5 - 7</p> <p>AVANÇADO → escore ≥ 8</p>	
REGULAÇÃO DE SERVIÇOS		
A gestão municipal/regional desenvolve ações de licenciamento e credenciamento dos estabelecimentos públicos e privados e de fiscalização da obediência às normas sanitárias, assim como pactua e contrata serviços, levando em consideração as necessidades de complementação da carta de serviços de saúde próprios da administração pública?		A pontuação final do padrão relacionada a este critério deve incorporar as seis questões listadas. Isto significa que o município/região de saúde só alcançará o padrão 10, se obtiver a pontuação máxima para as questões a, b, c, d, e, e f e alcançará a pontuação 5 se obtiver pontuação 5 em todas as questões ou pontuação 5 em quatro ou cinco questões e pontuação 10 nas restantes. Não atendendo a essas condições, o município/rede de atenção à saúde terá pontuação zero. Obs.: Se a resposta à questão e for NSA (não se aplica), esta questão deve ser excluída do cálculo da pontuação
a) Existe licença de funcionamento atualizada para os serviços de saúde privados localizados no município/região de saúde?	PARA O MUNICÍPIO/REGIÃO DE SAÚDE	
	<p>0 – menos de 50% dos serviços de saúde privados têm licença de funcionamento atualizada</p> <p>5 – 50% a 89% dos serviços de saúde privados localizados no município/região de saúde têm licença de funcionamento atualizada.</p> <p>10 – mais de 90% dos serviços de saúde privados localizados no município/região de saúde têm licença de funcionamento atualizada.</p>	

b) Existe alvará da Vigilância Sanitária atualizado para os serviços de saúde próprios localizados no município/região de saúde?	<p align="center">PARA O MUNICÍPIO/REGIÃO DE SAÚDE</p> <p>0 – menos de 50% dos serviços de saúde próprios têm alvará da Vigilância Sanitária ou têm alvará da Vigilância Sanitária, porém está desatualizado 5 – 50% a 89% dos serviços de saúde próprios localizados no município/região de saúde têm alvará da Vigilância Sanitária atualizado. 10 – mais de 90% dos serviços de saúde próprios localizados no município/região de saúde têm alvará da Vigilância Sanitária atualizado.</p>	
c) Existe alvará da Vigilância Sanitária atualizado para os serviços de saúde contratados/conveniados localizados no município/região de saúde?	<p align="center">PARA O MUNICÍPIO/REGIÃO DE SAÚDE</p> <p>0 – menos de 50% dos serviços de saúde contratado/conveniado têm alvará da Vigilância Sanitária ou existe alvará da Vigilância Sanitária, porém está desatualizado 5 – 50% a 89% dos serviços de saúde contratado/conveniado localizados no município/região de saúde têm alvará da Vigilância Sanitária atualizado. 10 – mais de 90% dos serviços de saúde contratado/conveniado localizados no município/região de saúde têm alvará da Vigilância Sanitária atualizado.</p>	
d) Existe responsável técnico formalmente definido nos serviços de saúde contratados/conveniados localizados no município/região de saúde?	<p align="center">PARA O MUNICÍPIO/REGIÃO DE SAÚDE</p> <p>0 – menos de 50% dos serviços de saúde contratado/conveniado têm responsável técnico formalmente definido 5 – 50% a 89% dos serviços de saúde contratado/conveniado têm responsável técnico formalmente definido 10 – mais de 90% dos serviços de saúde contratado/conveniado têm responsável técnico formalmente definido</p>	
e) A contratação de serviços privados leva em consideração as necessidades de complementação da carta de serviços de saúde próprios da administração pública?	<p align="center">PARA O MUNICÍPIO/REGIÃO DE SAÚDE</p> <p>NSA – não há serviços privados contratados 0 – menos de 50% dos serviços privados complementares foi formalmente contratado ou conveniado levando-se em consideração as necessidades de complementação da carta de serviços de saúde próprios da administração pública 5 – 50% a 89% dos serviços privados complementares foram formalmente contratados ou conveniados levando-se em consideração as necessidades de complementação da carta de serviços de saúde próprios da administração pública 10 – mais de 90% dos serviços privados complementares foram formalmente contratados ou conveniados levando-se em consideração as necessidades de complementação da carta de serviços de saúde próprios da administração pública</p>	Qualquer contratação de serviço privado, independente do porte do município, deve levar em consideração as necessidades de complementação da carta de serviços de saúde próprios da administração pública.

f) As unidades públicas de saúde são contratualizadas pela gestão municipal, estadual ou federal?	<p style="text-align: center;">PARA O MUNICÍPIO/REGIÃO DE SAÚDE</p> <p>0 – menos de 50% das unidades públicas de saúde são contratualizadas pela gestão municipal, estadual ou federal</p> <p>5 – 50% a 89% das unidades públicas de saúde são contratualizadas pela gestão municipal, estadual ou federal</p> <p>10 – mais de 90% das unidades públicas de saúde são contratualizadas pela gestão municipal, estadual ou federal</p>	
GOVERNANÇA		
A rede de atenção à saúde possui estrutura de governança adequada?	<p style="text-align: center;">PARA O MUNICÍPIO/REGIÃO DE SAÚDE</p> <p>Escore variando de 0 a 10</p>	A análise deste critério será feita mediante a combinação das opções de resposta do instrumento do Secretário de Saúde, que mensuram em que medida a Secretaria Municipal de Saúde (ou o Consórcio de Saúde) tem autonomia para gerir recursos humanos, materiais (compra) e financeiros da rede de serviços de saúde e a condução estratégica da rede de atenção à saúde como um todo. O protocolo detalha os procedimentos de pontuação.
COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS		
Existem mecanismos adequados de comunicação entre os profissionais que integram a rede de atenção à saúde?	<p style="text-align: center;">PARA A EQUIPE/SERVIÇO</p> <p>0 – não existe mecanismos adequados de comunicação entre os profissionais da equipe OU existem meios de comunicação entre os profissionais da equipe, mas as reuniões acontecem sem periodicidade definida</p> <p>5 – Existem meios de comunicação entre os profissionais da equipe, mas as reuniões acontecem mensalmente, existe troca de informações entre os profissionais da AB e AS sobre os usuários de DCNT encaminhados (sempre ou quase sempre), com disponibilidade de telefone e internet para se efetivar essa comunicação</p> <p>10 – Existem meios de comunicação entre os profissionais da equipe, mediante reuniões rotineiras (pelo menos quinzenalmente), E com troca de informações entre os profissionais da AB e AS sobre os usuários de DCNT encaminhados (sempre ou quase sempre), com disponibilidade de telefone e internet para se efetivar essa comunicação</p> <p style="text-align: center;">PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES</p> <p>0 – menos de 50% das equipes possui meios de comunicação entre os profissionais da equipe, mediante reuniões rotineiras (pelo menos quinzenalmente), troca de informações entre os profissionais da AB e AS sobre os usuários de DCNT encaminhados (sempre ou quase sempre), com disponibilidade de telefone e internet para se efetivar essa comunicação</p> <p>5 – entre 50 e 70% das equipes possuem meios de comunicação entre os profissionais da equipe, mediante reuniões rotineiras (pelo menos</p>	

	<p>quinzenalmente), troca de informações entre os profissionais da AB e AS sobre os usuários de DCNT encaminhados (sempre ou quase sempre), com disponibilidade de telefone e internet para se efetivar essa comunicação</p> <p>10 – mais de 70% das equipes possuem meios de comunicação entre os profissionais da equipe, mediante reuniões rotineiras (pelo menos quinzenalmente), troca de informações entre os profissionais da AB e AS sobre os usuários de DCNT encaminhados (sempre ou quase sempre), com disponibilidade de telefone e internet para se efetivar essa comunicação</p>	
REGISTRO E COMPARTILHAMENTO DAS INFORMAÇÕES		
Existe registro e compartilhamento das informações acerca do cuidado prestado ao usuário?	PARA A EQUIPE/SERVIÇO	
	<p>0 – não existe registro e compartilhamento das informações acerca do cuidado prestado ao usuário OU existe registro, mas não compartilhamento das informações acerca do cuidado prestado ao usuário</p> <p>5 – existe registro e compartilhamento das informações acerca do cuidado prestado ao usuário de forma manual E os profissionais responsáveis pelo manejo dos SIS são capacitados E as informações registradas são compartilhadas com usuários e profissionais E geram algum tipo de produto (relatório, boletins, sala de situação...)</p> <p>10 – existe registro e compartilhamento das informações acerca do cuidado prestado ao usuário de forma informatizada e atualizada E os profissionais responsáveis pelo manejo dos SIS são capacitados E as informações registradas são compartilhadas com usuários e profissionais E geram algum tipo de produto (relatório, boletins, sala de situação...)</p>	
	PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES	
	<p>0 - menos de 50% das equipes realizam registro e compartilhamento das informações acerca do cuidado prestado ao usuário de forma informatizada e atualizada E os profissionais responsáveis pelo manejo dos SIS são capacitados E as informações registradas são compartilhadas com usuários e profissionais E geram algum tipo de produto (relatório, boletins, sala de situação...)</p> <p>5 - entre 50 e 70% das equipes realizam registro e compartilhamento das informações acerca do cuidado prestado ao usuário de forma informatizada e atualizada E os profissionais responsáveis pelo manejo dos SIS são capacitados E as informações registradas são compartilhadas com usuários e profissionais E geram algum tipo de produto (relatório, boletins, sala de situação...)</p> <p>10 - mais de 70% das equipes realizam registro e compartilhamento das informações acerca do cuidado prestado ao usuário de forma informatizada e atualizada E os profissionais responsáveis pelo manejo dos SIS são capacitados E as informações registradas são compartilhadas com usuários</p>	

	e profissionais E geram algum tipo de produto (relatório, boletins, sala de situação...)	
INFRAESTRUTURA E FINANCIAMENTO		
ESTRUTURA DA REDE		
A infraestrutura da rede de atenção é adequada (natureza e condições das instalações, equipamentos de saúde, insumos, medicamentos e recursos humanos) e suficiente para o enfrentamento das DCNT?	PARA O MUNICÍPIO	Para detalhamento do escore, verificar o protocolo de pesquisa. Para verificação da consistência, serão cotejadas as informações dos profissionais com as dos gestores. Na análise, será considerado avançado o município/região de saúde que alcançar pontuação maior/igual a 8; intermediário quando alcançar pontuação entre 5 e 7 pontos e incipiente quando alcançar pontuação menor/igual a 4.
	ESCORE VARIANDO DE 0 A 10 INCIPIENTE → ≤ 4 INTERMEDIÁRIO → 5 - 7 AVANÇADO → ≥ 8	
FINANCIAMENTO DA REDE		
Há recursos financeiros suficientes e abrangentes para o funcionamento dos serviços da rede de atenção à saúde?	POR NÍVEL DE ATENÇÃO	Para detalhamento da análise, vide protocolo. Para a análise, deve-se cotejar este critério com os critérios 'Realização de análise da situação de saúde' e 'Mapeamento do território', de forma a estabelecer uma análise lógica entre o financiamento e as necessidades/realidade, a fim de trazer as questões da suficiência do financiamento da rede.
	ESCORE VARIANDO DE 0 A 10	
	PARA A REDE DE SERVIÇOS	
ESCORE VARIANDO DE 0 A 10 INCIPIENTE → A pontuação obtida no nível de atenção básica foi 0, a pontuação nos demais níveis de atenção foi 0 ou 5, e o escore para a rede de serviços foi ≤ 4 INTERMEDIÁRIO → A pontuação obtida no nível de atenção básica e para os demais níveis de atenção foi 5, e o escore para a rede de serviços foi de 5 a 8 AVANÇADO → A pontuação obtida no nível de atenção básica foi 10, a pontuação nos demais níveis de atenção foi 5 ou 10, e o escore para a rede de serviços foi > 8		
	PARA O CONJUNTO DE SERVIÇOS DE CADA NÍVEL DE ATENÇÃO (ANÁLISE POR ELEMENTO)	
	0 – não há recursos financeiros suficientes para garantir o aporte dos elementos necessários ao funcionamento dos serviços da Unidade (recursos humanos, equipamentos, insumos e materiais, serviços de terceiros e medicamentos) OU os recursos financeiros disponíveis são suficientes para garantir o aporte de 2 ou menos elementos necessários ao funcionamento da Unidade (recursos humanos, equipamentos, insumos, materiais, serviços de terceiros e medicamentos). 5 – os recursos financeiros disponíveis são suficientes para garantir o aporte de 3 ou 4 elementos necessários ao funcionamento da Unidade	

	(recursos humanos, equipamentos, insumos, materiais, serviços de terceiros e medicamentos). 10 – há recursos financeiros suficientes para garantir o aporte de todos os elementos necessários ao funcionamento dos serviços da Unidade (recursos humanos, equipamentos, insumos e materiais, serviços de terceiros e medicamentos)	
VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL		
Há reconhecimento da importância do profissional para o pleno desenvolvimento das ações de saúde da rede de atenção?	PARA A EQUIPE/SERVIÇO	Neste critério foi construído um escore com oito questões (101, 103, 108 a 113 no instrumento do profissional de APS) que resumem aspectos relacionados às iniciativas do município/rede de atenção quanto à valorização profissional para o pleno desenvolvimento das ações de saúde, possuindo escore variando de 0 a 10. Para detalhamento, vide protocolo de pesquisa. Para o profissional da APS que tem plano de carreira poderá ser estipulado maior peso (dobro) que para os profissionais dos demais níveis de atenção que também tiverem plano de carreira.
	ESCORE VARIANDO DE 0 A 10 INCIPIENTE → escore ≤ 4 INTERMEDIÁRIO → escore variando de 5 a 8 AVANÇADO → escore ≥ 8	
	PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES/UNIDADES	
	ESCORE VARIANDO DE 0 A 10 INCIPIENTE → escore ≤ 4 INTERMEDIÁRIO → escore variando de 5 a 8 AVANÇADO → escore ≥ 8	
EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS TRABALHADORES DE SAÚDE		
Há processos de capacitação direcionados aos trabalhadores dos serviços de saúde com caráter contínuo e permanente?	0 – não há processos de capacitação com caráter contínuo e permanente para os trabalhadores de saúde 5 – há processo de capacitação para a maioria dos profissionais, com periodicidade, no mínimo, semestral E há capacitação, pelo menos, anual para DCNT E as capacitações contemplam as necessidades dos serviços (sempre ou quase sempre/na maioria das vezes) E os profissionais são incentivados a buscarem formação complementar OU há processo de capacitação para todos ou quase todos os profissionais, com periodicidade, no mínimo, semestral E há capacitação, pelo menos, anual para DCNT E as capacitações contemplam as necessidades dos serviços (sempre ou quase sempre/na maioria das vezes) E os profissionais não são incentivados a buscarem formação complementar 10 – há processo de capacitação para todos ou quase todos os profissionais, com periodicidade, no mínimo, semestral E há capacitação, pelo menos, anual para DCNT E as capacitações contemplam as necessidades dos serviços (sempre ou quase sempre) E os profissionais são incentivados a buscarem formação complementar	Caso haja entrevista com amostra ou totalidade dos trabalhadores de saúde, podem ser obtidas estimativas quantificáveis para o conjunto da população de estudo.

PARA O MUNICÍPIO/ CONJUNTO DAS EQUIPES	
	<p>0 - menos de 50% das equipes participam de processos de capacitação para todos ou quase todos os profissionais, com periodicidade, no mínimo, semestral E há capacitação, pelo menos, anual para DCNT E as capacitações contemplam as necessidades dos serviços (sempre ou quase sempre) E os profissionais são incentivados a buscarem formação complementar</p> <p>5 - entre 50 e 70% das equipes participam de processos de capacitação para todos ou quase todos os profissionais, com periodicidade, no mínimo, semestral E há capacitação, pelo menos, anual para DCNT E as capacitações contemplam as necessidades dos serviços (sempre ou quase sempre) E os profissionais são incentivados a buscarem formação complementar</p> <p>10 - mais de 70% das equipes participam de processos de capacitação para todos ou quase todos os profissionais, com periodicidade, no mínimo, semestral E há capacitação, pelo menos, anual para DCNT E as capacitações contemplam as necessidades dos serviços (sempre ou quase sempre) E os profissionais são incentivados a buscarem formação complementar</p>

APÊNDICE C: Relação das entrevistas realizadas

ÂMBITO	CARGO	CÓDIGO
Secretaria Municipal de Saúde	Secretário Municipal de Saúde	E7
	Coordenadora da Coordenação de Informação e Comunicação em Saúde	E1
	Coordenadora da Coordenação de Planejamento	E2
	Coordenador da Coordenação Administrativa de Regulação do SUS	E3
	Coordenadora do Departamento de Média e Alta Complexidade	E5
	Coordenadora do Departamento de Urgência e Emergência	E9
	Coordenadora da Atenção Básica	E6
Atenção Hospitalar	Diretor do Hospital Geral	E4
	Médico emergencista do Hospital Geral	E14
Atenção Especializada	Médica Mastologista do Centro de Oncologia	E10
	Médica endocrinologista da Policlínica	E20
UPA	Médico emergencista da UPA	E15
NASF	Nutricionista do NASF	E8
CAPS II	Psicóloga do CAPS II	E13
Unidade de Saúde da Família	Enfermeira e usuário da USF 1	E25/E26
	Enfermeira e usuário da USF 2	E24/E23
	Enfermeira e usuário da USF 3	E33/E34
	Enfermeira e usuário da USF 4	E28/E27
	Enfermeira e usuário da USF 5	E31/E32
	Médico e usuário da USF 5.2	E36/E35
	Enfermeira e usuário da USF 6	E38/E37
Unidade Básica de Saúde	Enfermeira e usuário da UBS 1	E12/E11
	Enfermeira e usuário da UBS 2	E18/E19
	Enfermeira e usuário da UBS 4	E16/E17
	Enfermeira e usuário da UBS 5	E30/E29
	Enfermeira e usuário da UBS 6	E21/E22

APÊNDICE D: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Projeto de cooperação ISC/UFBA-BID



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde

Prezado(a) Senhor(a),

Você está sendo convidado (a), como voluntário (a), a participar da pesquisa “*Avaliação do grau de implantação da rede de atenção à saúde de um município do Estado da Bahia: um estudo de caso*”, de autoria da mestrandia Mariana Nossa Aragão, sob orientação da Prof^ª. Dr^ª. Maria Guadalupe Medina. O estudo visa avaliar o grau de implantação da rede de atenção à saúde deste município, e para tal irá realizar observações *in loco*, levantamento de documentos e entrevistas com informantes-chave, por meio de instrumentos e protocolo de pesquisa de campo.

Caso aceite participar, será necessário responder a algumas perguntas acerca do funcionamento e organização dos serviços de saúde deste município. Além disso, sendo a entrevista gravada, caso concorde, V.Sa. autorizará com este Termo a transcrição das suas respostas e a sua utilização para os objetivos do trabalho.

Sua participação é inteiramente voluntária e, caso se sinta desconfortável em responder alguma questão durante a entrevista, o(a) Senhor(a) estará livre para não fazê-lo, ou deixar de participar a qualquer momento. Todas as informações que desejar sobre este projeto poderão ser fornecidas a qualquer momento. As informações obtidas serão guardadas em segurança e utilizadas exclusivamente para fins do trabalho final, podendo se constituir em publicação científica ou em outro meio editorial de natureza acadêmica.

Sua participação não lhe trará nenhum custo e também não acarretará em recebimento de nenhum valor em dinheiro. Mesmo não tendo benefícios diretos em participar, indiretamente V.Sa. estará contribuindo para a compreensão do tema estudado, para a produção de conhecimento científico e para processos que visam fortalecer o Sistema Único de Saúde.

O(a) senhor(a) poderá entrar em contato com a coordenação da pesquisa através do telefone (71) 3283-7401 /7404.

Eu, _____, declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa “*Avaliação do grau de implantação da rede de atenção à saúde de um município do Estado da Bahia: um estudo de caso a partir de uma condição traçadora*”, e aceito nela participar.

_____, ____/____/____.

Assinatura do entrevistador

Assinatura do entrevistado

COMPROMISSO DO(A) ENTREVISTADOR(A)

Declaro que apresentei as informações sobre este estudo ao participante/entrevistado(a). Acredito que o(a) participante entendeu os possíveis desconfortos, benefícios e obrigações relacionadas a este estudo.

_____, ____/____/____

Assinatura do(a) Entrevistador(a) _____ Contato: _____

Coordenação da pesquisa: Prof^ª. Dr^ª. Maria Guadalupe Medina. medina@ufba.br

ANEXO 1: PROTOCOLO DE PESQUISA E ANÁLISE DOS DADOS

1. ORIENTAÇÕES GERAIS

O processo de seleção dos municípios que irão compor a pesquisa deverá ser realizada mediante a adesão voluntária dos mesmos, isto é, serão avaliados aqueles que solicitarem a avaliação, confirmando a adesão mediante assinatura do Termo de Anuência.

A pesquisa a ser realizada deverá ser do tipo estudo de caso com a combinação de diferentes fontes de evidência, por meio da realização de entrevistas, observação *in loco* e análise documental. Para isso, foram elaborados 15 roteiros de entrevista, sendo sete para os profissionais envolvidos com a gestão e cinco para aqueles envolvidos na atenção nos três níveis, um para os usuários da APS, um para observação direta da estrutura e funcionamento dos serviços e um para o levantamento e análise documental das equipes, serviços e município. Reitera-se que outras informações relevantes deverão ser registradas cuidadosamente em diário de campo.

1.1. Quem serão os sujeitos da pesquisa?

Nesta pesquisa deverão ser entrevistados os seguintes atores:

Gestores Municipais

- Secretário de Saúde; Coordenador da Atenção Primária; Coordenador da Atenção Especializada; Coordenador da Atenção Hospitalar; Coordenador da Urgência e Emergência; Coordenador dos Sistemas de Informação e Coordenador do Serviço de Regulação.

Profissionais

- Profissionais das Unidades Básicas de Saúde; Profissionais das Unidades de Saúde da Família (preferencialmente médico, enfermeiro ou cirurgião-dentista); Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (preferencialmente aquele envolvido com ações de Apoio Matricial); Profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial (preferencialmente aquele envolvido com ações de Apoio Matricial); Profissionais dos serviços de urgência e emergência e Profissionais da atenção especializada.

Usuários dos serviços de atenção primária à saúde

- Usuários adscritos às Unidades de Saúde (UBS/USF)

1.2 Como serão selecionados os sujeitos da pesquisa?

Gestores: devem ser entrevistados todos os gestores acima listados. No caso de haver coordenador e vice-coordenador ou similar, deve-se preferencialmente entrevistar aquele que responde pela função de coordenação, mas é aceitável sua substituição por quem ocupa formalmente o cargo de substituto. No caso de acúmulo de função de duas coordenações, serão preenchidos dois instrumentos referentes ao mesmo entrevistado.

Profissionais de saúde: cabe à equipe de condução da pesquisa a definição da quantidade de profissionais a ser entrevistada, bem como dos procedimentos de amostragem a serem utilizados, considerando o porte populacional e os recursos disponíveis para a realização da pesquisa. Recomenda-se que em municípios de pequeno porte sejam entrevistados profissionais de todas as unidades de saúde de atenção primária, especializada, hospitalar e de urgência e emergência. Em municípios maiores, será necessário, entretanto, proceder-se a processos de amostragem, que devem ser ao máximo representativos, tanto no que se refere à tipologia das unidades existentes, quanto aos grupos populacionais presentes no território. É necessário, portanto, a realização prévia de uma análise do perfil de serviços de saúde e do perfil demográfico, de preferência com apoio de profissional de estatística, de modo a produzir resultados confiáveis para a população e rede municipal/regional. No caso da região de saúde ser constituída por mais de um município, todos os municípios deverão participar do estudo e ser tomados como unidade de análise.

Usuários do serviço de APS: serão entrevistados usuários adscritos às respectivas equipes investigadas e portadores das seguintes condições crônicas: hipertensão, diabetes, DPOC, asma e/ou câncer.

- Os usuários serão localizados com a colaboração de informantes-chave, a exemplo dos agentes comunitários de saúde (ACS) e/ou profissionais envolvidos na marcação dos exames e consultas na unidade.
- Inicialmente, deverá ser construída uma lista com os nomes de todos elegíveis. Em seguida, será realizado um sorteio simples dos usuários que comporão a amostra final.
- O número de usuários a ser entrevistado dependerá da decisão de se obter ou não uma amostra representativa por equipe e/ou por município.
- Todas as entrevistas deverão ser agendadas em ambiente domiciliar e o ACS deverá acompanhar o pesquisador com o intuito de **APENAS** localizar a rua e o domicílio sem, no entanto, presenciar a entrevista.

1.3 Quais os critérios de inclusão dos sujeitos da pesquisa?

Para realização das entrevistas com os sujeitos da pesquisa deverão ser observados os critérios de inclusão a seguir:

Critérios comuns aos profissionais de todos os níveis de atenção:

- Ser o profissional com maior envolvimento nas atividades de coordenação da equipe;

- Ser o profissional que agrega maior conhecimento sobre o processo de trabalho da equipe/serviço;
- Atuar no município e/ou equipe há, pelo menos, um ano;
- Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para os profissionais da Atenção Especializada recomenda-se os seguintes critérios adicionais:

- Profissionais que recebem usuários com condições crônicas como hipertensão, diabetes, asma, DPOC e câncer,
- Caso existam no município deverão ser incluídos os seguintes especialistas: cardiologista, endocrinologista, nefrologista, oncologista, pneumologista e nutricionista, dentre outros.
- A depender do tamanho do município e da complexidade dos serviços recomenda-se a utilização de processos amostrais representativos para seleção dos profissionais a serem entrevistados.

Para os profissionais da Atenção de urgência e emergência recomenda-se os seguintes critérios adicionais:

- Aqueles lotados em serviços de urgência e emergência de unidades hospitalares e/ou serviços de pronto atendimento e/ou serviços de atendimento móvel de urgência;
- Que recebem pacientes em situação de agudização das condições crônicas supracitadas, como por exemplo, crise de asma, descompensação glicêmica, crises hipertensivas, etc.

Para os profissionais da Atenção de urgência e emergência recomenda-se os seguintes critérios adicionais:

- Profissionais lotados em unidades hospitalares, responsáveis pela internação e/ou acompanhamento de usuários com as condições crônicas supracitadas.



- Gestores e profissionais deverão ser entrevistados no seu ambiente de trabalho.

Critérios de inclusão dos usuários da APS

- Estar cadastrado regularmente e adscritos às respectivas equipes de APS;
- Serem portadores das seguintes condições crônicas: hipertensão e/ou diabetes e/ou asma e/ou DPOC e/ou câncer;
- Possuir histórico de frequência regular ao serviço de APS;
- Ter necessitado de encaminhamento para consultas especializadas (atenção secundária); ou agendamento de exames de média e/ou alta complexidade; ou encaminhamento para serviços de urgência, emergência e/ou hospitalares;



- É de extrema importância que o pesquisador respeite criteriosamente os critérios de inclusão dos usuários supracitados.
- É de responsabilidade do pesquisador, no momento do trabalho de campo, orientar previamente os ACS quanto aos objetivos do trabalho, as perspectivas de utilização dos resultados e responsabilidades do mesmo no processo. Estes deverão ser esclarecidos a não permanecerem no domicílio durante a realização da entrevista, a fim de não provocarem constrangimentos aos entrevistados. Caso o ACS não atenda a esta conduta, o pesquisador deve reforçar a orientação junto ao mesmo.
- Os dados obtidos com as entrevistas deverão ser cotejados com os dados da observação *in loco*, dos documentos e informações registradas no diário de campo do pesquisador.

2. PREPARAÇÃO DO CAMPO

O êxito dessa pesquisa depende fundamentalmente do trabalho do entrevistador, da sua consciência do alcance social deste projeto, de sua seriedade na execução da tarefa que lhe foi atribuída, de seu desempenho junto aos pesquisados para que cooperem e forneçam as informações solicitadas e da sua plena compreensão e entendimento dos instrumentos por meio do qual essas informações serão coletadas.

2.1 Que passos adotar na articulação do campo?

- Para a preparação do campo é de suma importância que o pesquisador planeje criteriosamente cada etapa das atividades a serem desenvolvidas no município.
- Uma vez que a adesão à pesquisa deverá ser voluntária, o pesquisador deve proceder a uma comunicação oficial à Secretaria Municipal da Saúde sobre a pesquisa. Para isso, deverá ser estabelecido um contato prévio com a gestão municipal, sobretudo com o secretário municipal de saúde e a coordenação/diretoria de atenção básica.
- No contato com a gestão municipal o pesquisador deverá fornecer uma carta de apresentação da pesquisa onde estarão explicitados sucintamente os objetivos e a estratégia metodológica da pesquisa.

- É imprescindível, no contato com a gestão municipal, a assinatura do Termo de Anuência pelo Secretário Municipal de Saúde, pois esse é o meio principal de formalizar a adesão do município à pesquisa.
- Após autorização para realização da pesquisa deve-se proceder à identificação, listagem e dos serviços que a rede de saúde dispõe. Em seguida, deve-se proceder ao mapeamento dos gestores e profissionais a serem entrevistados. A lista dos entrevistados deverá ser elaborada com base nos estabelecimentos de saúde que o município dispõe e com a colaboração de informantes-chave (gestores).
- É de fundamental importância que os critérios de inclusão tanto dos profissionais quanto dos usuários sejam muito bem explicitados para os informantes-chave.
- No mapeamento dos serviços e profissionais o pesquisador deve estar atento para o registro cuidadoso dos nomes, funções, contatos e endereço de trabalho destes sujeitos.
- Devem ser cuidadosamente registrados os nomes dos profissionais da gestão, a fim de checar se um mesmo gestor responde (ou não) por mais de um nível assistencial (isso poderá variar de município para município).
- Quando para determinado nível de atenção não houver gestor específico, sugere-se a indicação de outro profissional com atribuição equivalente à gestão do serviço ou conjunto de serviços que compõe o respectivo nível (ex: coordenador dos serviços de urgência, coordenador de policlínicas especializadas, etc).
- É importante, antes da ida ao campo, difundir informações sobre a pesquisa a todos os gestores dos serviços correspondentes, deixando-os cientes dos objetivos e estratégia metodológica da pesquisa, já que as entrevistas que a comporão envolvem profissionais de distintos níveis de atenção.

2.2 Que passos adotar no planejamento das entrevistas?

- Todas as entrevistas deverão ser agendadas previamente, mediante contato prévio com gestores e profissionais, seja por telefone ou pessoalmente. Isso tem como objetivo facilitar a logística e a dinâmica de conciliação das entrevistas com a rotina do local de trabalho dos profissionais.
- É fundamental a definição dos **LOCAIS** (estabelecimentos), **DATAS** e **HORÁRIOS** onde as entrevistas ocorrerão, de modo a não prejudicar o andamento das atividades do município e, ao mesmo tempo, permitir a coleta das informações da forma mais apropriada.
- Solicite **ANTECIPADAMENTE** o levantamento dos documentos normativos e técnicos por parte do município (quando o entrevistado for gestor) e por parte da equipe/serviço (quando o entrevistado for o profissional). Isso auxilia na otimização do processo de investigação.
- Em situações de dificuldade no agendamento das entrevistas é fundamental **NEGOCIAR** período (data e horário). A equipe de pesquisa deve mostrar flexibilidade e disponibilidade de modo a facilitar o processo de coleta de dados nos municípios.
- É importante ficar atento para possíveis feriados municipais, estaduais ou federais, bem como períodos festivos. São períodos que podem dificultar o andamento da coleta dos dados, principalmente pela existência de pontos facultativos.
- É importante verificar o calendário de reuniões de conselhos locais e municipais, a fim de negociar a participação do pesquisador (observação não participante) e, se possível, agendar entrevistas para o dia em que tais reuniões forem realizadas. A participação em reunião do Conselho Municipal e de Conselhos Locais de Saúde agrega informações qualitativas, especialmente sobre disputas políticas, participação social e funcionamento da rede de um modo geral.
- As entrevistas com os profissionais e gestores devem ser realizadas, preferencialmente, no ambiente de trabalho, pois além de favorecerem uma observação deste, oportunizam a coleta dos documentos que são solicitados para análise documental.
- Recomenda-se que a entrevista do usuário seja realizada no domicílio.

3. A CHEGADA AO CAMPO...

Antes de se dirigir ao campo, a equipe de entrevistadores deve certificar-se de que está levando todo material necessário para realizar a pesquisa:

- Instrumentos
- Carta de apresentação da pesquisa
- Almofada de carimbo com carga
- Termos de consentimento livre e esclarecido
- Crachá
- Prancheta
- Lapiseira
- Grafite
- Caneta
- Borracha
- Gravador digital
- Câmera fotográfica
- Reserva financeira para possíveis deslocamentos nos municípios

Ao chegar ao serviço/estabelecimento onde serão realizadas as entrevistas, a equipe de entrevistadores deve:

- Procurar na recepção o profissional de referência (preferencialmente o contatado previamente durante o agendamento da entrevista).
- Identificar quais profissionais participarão da pesquisa.
- Apresentar-se e apresentar a equipe de pesquisa (quando for acompanhado de por outros pesquisadores), explicando o processo de trabalho, inclusive o tempo previsto para a aplicação de cada instrumento e disponibilizar a carta de apresentação da pesquisa (quando necessário). O pesquisador deve apresentar-se de forma adequada, a fim de não provocar constrangimentos e evitar recusas.

- Ao apresentar-se, é fundamental que o pesquisador informe ao entrevistado seu nome, o nome da instituição responsável pelo trabalho, a sua função no projeto e as finalidades da pesquisa, enfatizando sobre a importância de sua participação.
- Após apresentação inicial do pesquisador, deve-se proceder à explicação sucinta dos objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa para o entrevistado.
- Deve-se esclarecer no início ou durante a entrevista (quando necessário) quanto à limitação das interferências de outras pessoas que se façam presentes. Caso possível, deve-se solicitar ao entrevistado um local mais reservado, ressaltando, inclusive, a preservação do anonimato da sua participação.
- É importantíssimo que o pesquisador fique atento ao fato de que irá abordar pessoas de diferentes níveis socioeconômicos, culturais e de informação; com valores e padrões de vida diversos. Portanto, é imprescindível ser cordial, buscando a colaboração dos profissionais das equipes e das pessoas a serem entrevistadas.

3.1 Condutas gerais para realização das entrevistas

As orientações a seguir, destinam-se à operacionalização das entrevistas com gestores, profissionais e usuários. Para tanto, antes de iniciar a entrevista, o pesquisador deve:

- Solicitar local reservado para a realização.
- Verificar se a pessoa que se disponibiliza a ser entrevistada responde aos critérios de inclusão da pesquisa.
- Após toda a explicação inicial sobre o projeto de pesquisa, solicitar do entrevistado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) **em dupla cópia e deixar a segunda via com o entrevistado**, destacando que a participação dele será voluntária.
- Preencher o TCLE sem intimidação ou constrangimento do sujeito, sendo a assinatura do entrevistado registrada com **CANETA**. Caso o entrevistado seja analfabeto, deve ser utilizada a **ALMOFADA PARA IMPRESSÃO DIGITAL**.
- Preencher o cabeçalho do instrumento.

IMPORTANTE

- Cabe ressaltar que no papel de **pesquisadores** é necessário um **deslocamento do olhar** e da **atitude** diante dos problemas e dos atores em campo. No momento da entrevista é essencial o despojamento de pré-conceitos e o exercício da “não tomada de posição” diante dos fatos. Essa é, talvez, a vigilância mais difícil de ser feita e envolve não apenas o cuidado com as palavras, mas com o não verbal – o gesto, a veste, o olhar, etc. É importante que o entrevistador não expresse suas próprias ideias, pois os entrevistados **tendem a responder o que o que o entrevistador gostaria de ouvir**. É importante **não haver pré-julgamentos** da postura e da fala dos entrevistados, não apenas por questões de validade da informação obtida, mas por questões de **ética na pesquisa** (a entrevista é sempre uma espécie de violência simbólica)(BOURDIEU, 2007, p. 693-703)¹.

Durante a entrevista deve-se atentar para:

- Estabelecer um clima de cordialidade;
- Evitar qualquer assunto controverso e alheio ao trabalho;
- Deixar o entrevistado expressar as respostas em sua própria linguagem, sem corrigi-lo ou permitir que a entrevista se desvie do roteiro;
- Ler integralmente as questões e opções de escolha como estão escritas, de forma clara e objetiva, observando as especificidades de cada entrevistado;
- Em caso de dúvida do entrevistado, repetir a questão e esclarecer, tendo o cuidado para não induzir respostas;
- Nas questões com subitens, todos eles devem ter uma alternativa registrada;
- Não fazer qualquer comentário quanto à situação do entrevistado ou quanto às respostas dadas e nem intimidá-lo para fornecer as informações;
- Não deixar, em hipótese alguma, o instrumento em poder do entrevistado para que o preencha, da mesma forma não utilizar o telefone, nem mesmo para complementar ou corrigir itens do instrumento;
- Mediante a reação do entrevistado frente a alguma questão considerada, por ele, como constrangedora, o entrevistador deve manter a tranquilidade e explicar com clareza e objetividade que a referida questão ajudará a conhecer a organização e funcionamento dos serviços de saúde do município. Caso o entrevistado insista na argumentação dele, o entrevistador deverá informá-lo que o mesmo poderá optar por não responder a referida questão;
- Realizar a pesquisa pessoalmente, não lhe sendo permitida em hipótese alguma delegar suas tarefas, procurar ajuda ou estar acompanhado em seu trabalho por pessoas não autorizadas pela coordenação da pesquisa;
- Referir-se ao entrevistado respeitosamente, utilizando “Senhor (a)” antes do nome próprio;
- Nunca demonstrar pressa ou impaciência diante de demora ou hesitações do entrevistado ao responder uma pergunta;
- Nunca demonstrar censura, aprovação ou surpresa diante das respostas. O propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser neutra em relação às respostas;
- Trabalhar exclusivamente na pesquisa, não lhe sendo permitido realizar qualquer outra atividade concomitante, tais como coletas de assinatura, propaganda de qualquer natureza, etc;

¹BOURDIEU, Pierre. **A miséria do Mundo**. Petrópolis/RJ: VOZES, 2007, p. 693-703.

- Ao finalizar a entrevista, agradecer pela disponibilidade e participação e se despedir deixando claro que os resultados da pesquisa poderão ser divulgados pelos meios de comunicação.

Após o trabalho de campo...

É recomendado que após o trabalho de campo o pesquisador estabeleça a seguinte rotina:

- Registrar no **DIÁRIO DE CAMPO** as informações pertinentes à coleta de dados (A demanda do dia que foi cumprida? O que não conseguiu ser cumprido? Quais os motivos?).
- Verificar junto à equipe o cumprimento das atividades conforme planejado.
- Discutir em reunião do grupo de pesquisa com os demais membros da equipe as dificuldades/facilidades comuns no campo.
- Arquivar em local seguro os TCLE e os roteiros de entrevista.
- Solicitar e guardar os cupons fiscais de alimentação, hospedagem e bilhetes de passagem **com CNPJ** em cada município que realizar a pesquisa para comprovação final.



- O **Diário de Campo** é o instrumento que deve ser utilizado para o registro de fatos relevantes. Nele descreve-se sucintamente o que foi feito, dificuldades encontradas (relacionadas ao processo de trabalho ou a investigação de aspectos específicos dos instrumentos) e as impressões do pesquisador sobre o trabalho de campo.
- É imprescindível o registro das percepções do pesquisador sobre seu trabalho de campo. Este deverá ser realizado durante e/ou imediatamente após a entrevista, observação *in loco* e/ou análise documental. Não se recomenda que o registro no diário de campo seja feito dias após a ida do entrevistador ao campo, pois isso implica em um viés de memória que poderá comprometer o registro de fatos importantes.
- A redação do diário de campo é de suma relevância para o registro de situações que possam fazer parte do objeto de avaliação.
- No domicílio, é importante que o pesquisador dirija-se a um adulto e se apresente como vinculado à instituição de pesquisa. É comum que as pessoas perguntem sobre a pesquisa e, sumariamente, pode ser dito que o objetivo geral é **“conhecer a organização e funcionamento dos serviços de saúde do município”**. Caso também se questione sobre a utilização dos resultados, deve-se destacar o direcionamento dos resultados para a **organização das ações dos serviços de saúde em colaboração com outros setores da sociedade civil e da organização municipal**.

4. ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DOS INSTRUMENTOS

Essas instruções visam orientar os entrevistadores no trabalho de campo, auxiliando-os no correto preenchimento dos instrumentos, de forma a garantir a fidedignidade e a precisão dos dados produzidos.

4.1 Instruções gerais

- Ler os títulos para de cada dimensão e critério das questões que iniciar a fim de informar o entrevistado sobre qual assunto ele será questionado;
- Ler todas as alternativas, inclusive para que o entrevistado saiba quais as opções de resposta (exceto naquelas questões em que estiver explicitamente assinalado o contrário);
- O entrevistador deverá estar atento aos avisos localizados ao início das questões, ressaltados entre colchetes, fonte maiúscula e negrito;
- Para as questões de resposta única, o entrevistador deverá marcar um X na opção equivalente;
- As questões de múltipla resposta estarão sinalizadas com o aviso **[PODERÁ MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO]**. Assim, o entrevistador deverá marcar um X nas opções equivalentes;
- O preenchimento do instrumento deve ser feito todo a lápis (se for em papel);
- Caso o entrevistado não compreenda a pergunta, o entrevistador deve repeti-la de forma pausada ou utilizar sinônimos, porém sem acrescentar outras informações que não estejam no instrumento;
- Caso o entrevistador não compreenda a resposta do entrevistado, deve solicitar que o mesmo repita a sua resposta;
- O entrevistador deve conferir, ao final da aplicação do instrumento, se todos os campos estão devidamente preenchidos, de forma correta e clara;
- Quando não for possível classificar a resposta do entrevistado nos campos existentes no instrumento, o entrevistador deve anotar a resposta na íntegra e utilizar o espaço em branco disponível, na medida do possível, na própria questão.

4.2 Orientações para preenchimento do cabeçalho

O cabeçalho dos instrumentos deverá ser o primeiro campo a ser preenchido durante a pesquisa. É importante ressaltar, neste momento, que apesar do registro das informações pessoais do entrevistado, será mantido o anonimato quando da publicação dos resultados do estudo.

Pesquisador responsável:		Data da entrevista: ____/____/____	
Município:		Estado:	
Local de trabalho (local pesquisado):			
Nome do entrevistado:		Função:	
Data de nascimento: ____/____/____		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Escolaridade: <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Médio completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior completo <input type="checkbox"/> Nunca estudou em instituição de ensino			
Formação complementar:			
<input type="checkbox"/> Especialização _____ <input type="checkbox"/> em curso <input type="checkbox"/> concluída Em caso afirmativo, trata-se de Residência? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não			
<input type="checkbox"/> Mestrado _____ <input type="checkbox"/> em curso <input type="checkbox"/> concluído			
<input type="checkbox"/> Doutorado _____ <input type="checkbox"/> em curso <input type="checkbox"/> concluído			

5. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados se fará mediante a utilização de uma matriz de julgamento. Esta corresponde a uma ferramenta na qual estão explicitadas as perguntas de investigação, os critérios e os padrões utilizados para avaliação. A construção dos padrões, sempre que possível, baseou-se em documentos normativos-institucionais do Ministério da Saúde.

A matriz de julgamento apresenta as seguintes informações:

- As perguntas de investigação (coluna 1)
- A graduação da pontuação para as equipes de APS e/ou conjunto de equipes e/ou município/conjunto de municípios/rede de atenção (coluna 2), incluindo o padrão que corresponde à máxima graduação.
- As observações que objetivam chamar a atenção do pesquisador para aspectos específicos (coluna 3)

Será atribuída pontuação para cada equipe e/ou conjunto de equipes e /ou município / conjunto de municípios referente a cada critério e dimensão da rede de atenção. Durante a análise, deverá ser realizado cotejamento de todos os instrumentos pertinentes a cada critério, possibilitando a apreciação de consistência das informações prestadas. Reitera-se, também, a necessidade de elaboração de um relatório qualitativo, obtido a partir da análise documental e observação *in loco* que agregará validade de conteúdo à avaliação, uma vez que é capaz de capturar e sistematizar evidências difíceis de serem obtidas a partir das entrevistas.

A completude da análise com todos os elementos descritos acima permitirá que se tenha uma apreciação final do grau de inovação da rede de atenção em foco.

A seguir, serão detalhadas informações sobre dimensões e critérios que necessitam de maior explicitação quanto à graduação na pontuação para sua análise.

5.1 DIMENSÃO: POPULAÇÃO E TERRITÓRIO

- **CRITÉRIO: REALIZAÇÃO DE ANÁLISE DA SITUAÇÃO DE SAÚDE**

PERGUNTA F (da matriz de julgamento):[NA HIPÓTESE DE A EQUIPE IDENTIFICAR ALGUMA DCNT COMO PROBLEMA, EXISTEM AÇÕES ESPECÍFICAS PARA ENFRENTÁ-LA?]

São consideradas ações inovadoras, aquelas que extrapolam as ações de rotina estabelecidas nos manuais do Ministério da Saúde. A seguir, o Quadro 3 apresenta uma sumarização destas ações de rotina para cada uma das doenças crônicas que deverão ser adotadas como condições traçadoras da pesquisa.

A pontuação final do padrão relacionada a este critério deve incorporar as três questões listadas. Isto significa que o município/região de saúde só alcançará o padrão 10, se obtiver a pontuação máxima para as questões **a, b, c, d, e, f e g** (da matriz de julgamento) e alcançará a pontuação 5 se obtiver pontuação 5 em todas as questões ou pontuação 5 em cinco ou seis questões e pontuação 10 nas restantes. Não atendendo a essas condições, o município/rede de atenção à saúde terá pontuação zero.

Quadro 3 – Lista de ações de rotina recomendadas nos documentos normativos institucionais do Ministério da Saúde brasileiro.

HAS	
Atividade	Fonte
<ul style="list-style-type: none"> • Propiciar o acesso e o acolhimento aos usuários com doenças crônicas em todos os pontos de atenção. • Humanização da atenção, buscando-se a efetivação de um modelo centrado no usuário e baseado nas suas necessidades de saúde. • Respeito às diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas e hábitos e cultura locais. • Garantia de implantação de um modelo de atenção centrado no usuário e realizado por equipes multiprofissionais. • Articulação entre os diversos serviços e ações de Saúde, constituindo redes de Saúde com integração e conectividade entre os diferentes pontos de atenção. • Atuação territorial, com definição e organização da rede nas regiões de Saúde, a partir das necessidades de saúde das respectivas populações, seus riscos e vulnerabilidades específicas. • Monitoramento e avaliação da qualidade dos serviços por meio de indicadores de estrutura, processo e desempenho que investiguem a efetividade e a resolutividade da atenção. • Articulação interfederativa entre os diversos gestores, desenvolvendo atuação solidária, responsável e compartilhada, participação e controle social dos usuários sobre os serviços. • Autonomia dos usuários, com constituição de estratégias de apoio ao autocuidado. • Equidade, a partir do reconhecimento dos determinantes sociais da Saúde. • Regulação articulada entre todos os componentes da rede com garantia da equidade e integralidade do cuidado. • Formação profissional e educação permanente, por meio de atividades que visem à aquisição de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais de Saúde para qualificação do cuidado, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. 	<p>Ministério da Saúde Cadernos de Atenção Básica Departamento de Atenção Básica Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA Caderno de Atenção Básica, n.º 37 -Brasília/DF– 2013</p>
DIABETES	
Atividade	Fonte
<ul style="list-style-type: none"> • Promover a reorientação das práticas e ações de saúde de forma integral e contínua. • Criar vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde dos indivíduos e famílias na comunidade. • Esclarecer a comunidade, por meio, de ações individuais e/ou coletivas, sobre os fatores de risco para diabetes e as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção. • Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira. • Identificar, na população adscrita, a partir dos fatores de risco descritos acima, membros da comunidade com maior risco para diabetes tipo 2, orientando-os a procurar a unidade de saúde para definição do risco pelo enfermeiro e/ou médico. • Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de diabetes de cada membro da família. • Encorajar uma relação paciente-equipe colaborativa, com participação ativa do paciente e, dentro desse contexto, ajudar o paciente seguir as orientações alimentares, de atividade física e de não fumar, bem como de tomar os medicamentos de maneira regular. • Estimular que os pacientes se organizem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de auto-cuidado, entre outros. • Questionar a presença de sintomas de elevação e/ou queda do açúcar no sangue aos pacientes com diabetes identificado, e encaminhar para consulta extra. • Verificar o comparecimento dos pacientes com diabetes às consultas agendadas na unidade de saúde (busca ativa de faltosos). 	<p>Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica DIABETES MELLITUS Caderno de Atenção Básica, n.º 36 -Brasília/DF– 2013</p>
DPOC	
Atividade	Fonte
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar quais medicamentos específicos para as DRC serão disponibilizados e garantir o seu fornecimento. • Realizar planejamento para garantir estrutura física das unidades, insumos e medicamentos necessários para atendimento às pessoas com DRC. • Estabelecer protocolos locais para o manejo de DRC, bem como os critérios para dispensação dos medicamentos e exames complementares. • Garantir a realização oportuna dos exames complementares necessários ao diagnóstico/accompanhamento. • Priorizar a capacitação assim como educação permanente para as equipes de saúde. • Estabelecer fluxos de referência e contrarreferência dentro da rede de atenção à saúde local. • Colaborar para o planejamento e avaliação das ações de saúde locais. • Estimular a equipe a manter os prontuários clínicos atualizados. • Estimular o correto preenchimento e envio de dados para os sistemas de informações em saúde. 	<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, Doenças Respiratórias Crônicas n. 25- Brasília/DF - 2010</p>

ASMA	
Atividade	Fonte
<ul style="list-style-type: none"> • Determinar quais medicamentos específicos para as DRC (doenças respiratórias crônicas) serão disponibilizados e garantir o seu fornecimento. • Realizar planejamento para garantir estrutura física das unidades, insumos e medicamentos necessários para atendimento às pessoas com DRC. • Estabelecer protocolos locais para o manejo de DRC, bem como os critérios para dispensação dos medicamentos e exames complementares. • Garantir a realização oportuna dos exames complementares necessários ao diagnóstico/acompanhamento. • Priorizar a capacitação assim como educação permanente para as equipes de saúde. • Estabelecer fluxos de referência e contrarreferência dentro da rede de atenção à saúde local. • Colaborar para o planejamento e avaliação das ações de saúde locais. • Estimular a equipe a manter os prontuários clínicos atualizados. • Estimular o correto preenchimento e envio de dados para os sistemas de informações em saúde. • A inserção de outros profissionais é considerada enriquecedora, sendo da gestão local a decisão da incorporação deles, por meio dos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF). 	<p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica - Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Básica, Doenças Respiratórias Crônicas n. 25- Brasília/DF - 2010</p>
CÂNCER	
Atividade	Fonte
<ul style="list-style-type: none"> • Realizar citopatológico na própria unidade básica de saúde, podendo ser realizado durante a consulta ou em agendamentos específicos para esse fim. (NASF) • Promover a estratégia de mutirão em horários alternativos que permite atingir mulheres que geralmente não conseguem ter acesso ao exame. • Realizar abordagens educativas devem estar presentes no processo de trabalho das equipes, seja em momentos coletivos, como grupos, atividades do Programa de Saúde na Escola, outras abordagens grupais da equipe, seja em momentos individuais de consulta. • Realizar sistematicamente testes ou exames em pessoas saudáveis, quanto as ações de diagnóstico precoce, que consistem em captar precocemente alguém que já tem sintomas ou alterações no exame físico, devem ser realizadas no cotidiano das equipes. • Encaminhar ao serviço de referência para confirmação diagnóstica e realização do tratamento. 	<p>Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama - 2ª edição Cadernos de Atenção Básica, nº 13 Brasília - DF 2013</p>

▪ **CRITÉRIO: EXPERIÊNCIA DE USO DE SERVIÇOS**

Esse critério será pontuado mediante utilização de um escore que varia de 0 (zero) a 10 (dez) pontos englobando as seguintes dimensões: acessibilidade geográfica, acessibilidade organizacional, acessibilidade cultural e qualidade do cuidado. Esse escore terá como base as respostas das questões abaixo relacionadas (instrumento do usuário):

2. Quanto tempo o(a) senhor(a) gasta da sua casa até a unidade de saúde que o(a) senhor(a) é acompanhado/atendido(a)?
4. O(a) senhor(a) acha que a distância da unidade de saúde até sua casa é perto, razoável ou longe?
5. Quando o(a) senhor(a) vai até a unidade de saúde em busca de atendimento, o(a) senhor(a) consegue?
6. Na sua opinião, o(a) senhor(a) tem dificuldade de marcar consulta neste serviço para ser atendido em outros serviços da rede?
8. Alguma vez o(a) senhor(a) teve dificuldade para pegar medicamento para sua doença crônica [DIZER A(S) PATOLOGIA(S) QUE ELE(A) POSSUI] na unidade de saúde?
9. Durante as consultas, os profissionais da unidade perguntam se o (a) senhor(a) tem condições de seguir as recomendações que eles propõem?
11. Alguma vez que o(a) senhor(a) foi à Unidade de Saúde o(a) senhor(a) foi discriminado(a) ou sofreu preconceito ou foi maltratado pelos profissionais de saúde por conta da sua cor, idade, religião, gênero, orientação sexual, hábitos culturais ou outra característica?
13. O que o (a) senhor(a) acha do atendimento que o(a) senhor(a) e/ou seus familiares recebe(m) da equipe da unidade de saúde?
16. De zero a dez, qual nota o(a) senhor(a) dá para a sua satisfação com o atendimento recebido na unidade?
17. O (a) senhor (a) indicaria a unidade de saúde que frequenta para algum amigo ou familiar? [NÃO LER AS ALTERNATIVAS]

Serão considerados os seguintes pesos para essas dimensões:

- Acessibilidade Geográfica – 2 pontos (questões 2 e 4)
- Acessibilidade Organizacional – 3 pontos (questões 5, 6 e 8)
- Acessibilidade cultural – 2 pontos (questões 9 e 11)
- Qualidade – 3 pontos (questões 13,16 e 17)

Na pontuação do critério para cada equipe será utilizada a média dos escores do total de usuários entrevistados. Na pontuação do critério para o conjunto de equipes/município será utilizada a média simples dos escores das equipes avaliadas ou do total de usuários do município, conforme decisão da instituição que conduzirá o processo de avaliação.

Quadro 4 –Detalhamento do escore para pontuação do critério satisfação dos usuários

Dimensão: POPULAÇÃO E TERRITÓRIO				
Critério: EXPERIÊNCIA DE USO DE SERVIÇOS				
	Distribuição da pontuação			Pontuação máxima
	1	0,5	0	
Acessibilidade geográfica (Questão 2 e 4)	O usuário gasta até 30 min para se deslocar à unidade de saúde	-	O usuário gasta mais de 30 min para se deslocar até a unidade de saúde	2
	O usuário considera que a unidade de saúde é próxima do seu domicílio.	O usuário considera a distância mediana a da unidade de saúde em relação ao seu domicílio.	O usuário considera que a unidade de saúde é longe do seu domicílio.	
Acessibilidade organizacional (Questões 5, 6 e 8)	1	0,5	0	3
	Quando o usuário busca atendimento na unidade de saúde ele consegue no mesmo dia	Quando o usuário busca atendimento na unidade de saúde ele consegue em um tempo superior a um dia	O usuário nunca consegue atendimento na unidade de saúde ou busca atendimento em outra unidade	
	O usuário nunca possui dificuldade de marcar consulta na unidade de saúde para ser atendido em outros serviços da rede	O usuário às vezes possui dificuldade de marcar consulta na unidade de saúde para ser atendido em outros serviços da rede	O usuário sempre possui dificuldade de marcar consulta na unidade de saúde para ser atendido em outros serviços da rede	
	O usuário nunca possui dificuldade para pegar medicamento na unidade de saúde	O usuário algumas vezes possui dificuldade para pegar medicamento na unidade de saúde	O usuário sempre possui dificuldade para pegar medicamento na unidade ou esta não o fornece	
Acessibilidade cultural (Questões 9 e 11)	1	0,5	0	2
	Sempre, quase sempre ou na maioria das vezes os profissionais questionam ao usuário se ele tem condições de seguir as recomendações que eles propõem	-	Nunca ou algumas vezes os profissionais questionam ao usuário se ele tem condições de seguir as recomendações que eles propõem	
	O usuário nunca foi discriminado(a) ou sofreu preconceito ou foi maltratado pelos profissionais de saúde por conta da sua cor, idade, religião, gênero, orientação sexual, hábitos culturais ou outra característica.	-	O usuário já foi discriminado(a) ou sofreu preconceito ou foi maltratado pelos profissionais de saúde, pelo menos uma vez, por conta da sua cor, idade, religião, gênero, orientação sexual, hábitos culturais ou outra característica.	

	1	0,5	0	
Qualidade do cuidado (Questões 13,16 e 17)	O usuário considera que o atendimento recebido na unidade de saúde é bom/muito bom	O usuário considera que o atendimento recebido na unidade de saúde é regular	O usuário considera que o atendimento recebido na unidade de saúde é ruim ou péssimo	3
	O usuário atribui nota igual ou superior a 8 com relação à satisfação do atendimento recebido na unidade	O usuário atribui nota entre 5 a 7 com relação à satisfação do atendimento recebido na unidade	O usuário atribui nota igual ou menor que 4 com relação à satisfação do atendimento recebido na unidade	
	O usuário indicaria, com certeza, a unidade para amigos e/ou familiares	-	O usuário talvez ou nunca indicaria a unidade para amigos e/ou familiares	

▪ CRITÉRIO: PARTICIPAÇÃO SOCIAL

Neste critério, para a avaliação do município/conjunto das equipes, devem ser cotejados os instrumentos dos gestores, profissionais de saúde e usuários, levando-se em consideração a análise tanto do CLS quanto do CMS.

A pontuação final do padrão relacionada a este critério deve incorporar as três questões listadas na matriz de julgamento, que resumizam a participação social:

- a) **Existe conselho local e municipal de saúde, funcionando de forma adequada, onde são discutidas as questões relacionadas às DCNT?**
- b) **Há estímulo à participação social em saúde?**
- c) **A participação social envolve questões relacionadas à formulação, implementação, gestão e avaliação da rede de atenção à saúde?**

Em suma, o município/região de saúde só alcançará o padrão 10, se obtiver a pontuação máxima para as questões **a**, **b** e **c** (da matriz de julgamento), e alcançará a pontuação 5 se obtiver pontuação 5 em todas as questões ou pontuação 5 em uma ou duas questões e pontuação 10 nas restantes. Não atendendo a essas condições, o município/rede de atenção à saúde terá pontuação zero.

5.2 DIMENSÃO: MODELO DE ATENÇÃO

▪ CRITÉRIO: ACOLHIMENTO

A pontuação final do critério acolhimento será a média ponderada das questões **a** e **b**, sendo que a questão **a** terá peso 2 e a questão **b** terá peso 1:

- a) **O acolhimento é uma prática institucionalizada nos serviços de saúde do município/região de saúde?**
- b) **Há triagem com classificação de risco?**

Para a questão **a**), deverá ser considerada a pontuação das questões 13, 13.3, 14, 14.1 e 14.2 (no instrumento do profissional da APS), quais sejam:

13. A equipe possui uma rotina estabelecida para o acolhimento de usuários neste serviço de saúde

13.3 Em qual(is) caso(s) o usuário portador de hipertensão e/ou diabetes que passa pelo acolhimento é encaminhado para outros serviços?

14. Existe profissional na equipe especificamente designado para realizar o acolhimento de usuários?

14.1 Se sim, qual o profissional (ais) responsável (eis) pela realização do acolhimento?

14.2 Em qual(is) dia(s) é realizado o acolhimento de usuários na unidade de saúde?

A pontuação final do padrão relacionada a este critério deve incorporar as duas questões listadas. Isto significa que o município/região de saúde só alcançará o padrão 10, se obtiver a pontuação máxima para as duas questões e alcançará a pontuação 5 se obtiver pontuação 5 em todas as questões ou pontuação 5 em uma questão e 10 na outra. Não atendendo a essas condições, o município/rede de atenção à saúde terá pontuação zero.

▪ CRITÉRIO: ADOÇÃO DE PROTOCOLO/DIRETRIZES CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS

A pontuação do presente critério para a **EQUIPE** levará em conta o quantitativo de protocolos utilizados para cada doença crônica especificada no roteiro de entrevista dos profissionais, a saber: hipertensão, diabetes, asma, câncer e DPOC. Assim, têm-se a seguinte distribuição dos pontos para a equipe:

- Se a equipe utiliza protocolos para 4 ou 5 DCNT → 10
- Se a equipe utiliza protocolos para 2 ou 3 DCNT → 5
- Se a equipe utiliza protocolos para 1 ou nenhuma DCNT → 0

▪ **CRITÉRIO: QUALIDADE TÉCNICA DOS SERVIÇOS OFERTADOS**

Para este critério, foi criado um escore correspondente a dois sub-itens que compõem a qualidade técnica das práticas de saúde desenvolvidas nos serviços, a saber: **a)** medidas de segurança do usuário (cujo número de questões varia de acordo com o instrumento); e **b)** aspectos que resumizam a qualidade técnica do cuidado aos portadores das DCNT, que totalizam, por sua vez, 30 pontos, sendo 7 para HAS, 8 para DM, 5 para ASMA, 5 para DPOC e 5 para CÂNCER.

As medidas de segurança do paciente serão consideradas existentes se e somente se todas as questões apresentarem como resposta [sempre ou quase sempre]. A existência das medidas de segurança é pré-requisito para a qualidade técnica das práticas de saúde. Somente na sua presença será considerada a pontuação dos aspectos que resumizam a qualidade técnica do cuidado aos portadores de DCNT. Portanto, se qualquer uma das respostas for diferente de [sempre ou quase sempre], a pontuação referente ao bloco da qualidade científica alcançará escore zero.

Quando houver atendimento às normas de segurança do paciente, a pontuação máxima dos aspectos que resumizam a qualidade técnica do cuidado será 30 pontos, dividida por 3 para obtenção do escore, que varia de 0 a 10.

Alcançará o escore de 1 ponto a questão cuja opção de resposta seja [sempre ou quase sempre], tendo as demais opções pontuação zero.

Pode ser conduzida uma análise por tipo de doença, se assim for desejado.

▪ **CRITÉRIO: COMPARTILHAMENTO DE RESPONSABILIDADES ENTRE PROFISSIONAIS**

PERGUNTA (da matriz de julgamento): **HÁ COMPARTILHAMENTO DE RESPONSABILIDADES ENTRE OS DIVERSOS PROFISSIONAIS PARA A REALIZAÇÃO DE AÇÕES INDIVIDUAIS E COLETIVAS NO TERRITÓRIO?**

Para fins de análise são consideradas:

- **AÇÕES INDIVIDUAIS:** Discussões de caso, construção de projetos terapêuticos individuais e condução de grupos terapêuticos/temáticos (HAS, DM...)
- **AÇÕES COLETIVAS:** Planejamento das atividades, avaliação e monitoramento das ações, desenvolvimento de ações intersetoriais, desenvolvimento e ações de promoção e prevenção e mobilização comunitária

▪ **CRITÉRIO: INCENTIVO AO AUTOCUIDADO E AUTONOMIA DO USUÁRIO**

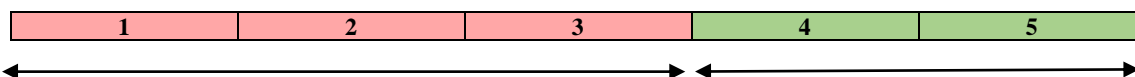
Sinaliza-se que há uma diferença entre este critério e o critério “PARTICIPAÇÃO SOCIAL”, valorizando os aspectos da autonomia do usuário com relação às decisões sobre sua saúde.

A pontuação final deste critério deve incorporar dois componentes: **a)** realização de atividades educativas junto aos usuários (peso 1) e **b)** participação dos usuários nas decisões do processo assistencial (peso 2). Isto significa que para o cálculo do escore final, deve-se somar a pontuação do escore a) com o dobro da pontuação do escore b) e dividir essa soma por 3.

Para o componente **a)**, será considerada pontuação 10 quando existe realização rotineira (diária ou semanal) de atividades educativas que visem estimular o autocuidado do usuário portador de DCNT e pontuação 0 (zero), quando não há realização de atividades educativas que visem estimular o autocuidado do usuário portador de DCNT OU essas atividades são desenvolvidas esporadicamente (quinzenal ou semestral).

Para o componente **b)**, foi criado um escore a partir de 5 questões que resumizam aspectos relativos às decisões do processo assistencial, que será pontuado da seguinte maneira:

- Quando o entrevistado atribuir seu grau de concordância entre os valores de 1 (um) a 3 (três) não haverá pontuação, ou seja, esta será igual a zero.
- Quando o entrevistado atribuir seu grau de concordância entre os valores de 4 (quatro) a 5 (cinco) será atribuída a pontuação igual a 2 (dois).



Na pontuação deste critério para a equipe deverá ser estabelecida a média simples dos escores dos usuários adscritos.

Para o município deverá ser obtida a média simples dos escores dos usuários do município ou a média do conjunto de equipes.

5.3 DIMENSÃO: ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

▪ **CRITÉRIO: APOIO MATRICIAL**

Para o componente “**discussão de caso**”, alcançará o escore de 1 ponto a questão cuja opção de resposta seja [sim] e [periodicidade diária ou semanal], e alcançará pontuação zero cuja opção de resposta seja [não] ou [periodicidade quinzenal, mensal ou outra].

Para os componentes “**interconsulta/consulta compartilhada**”, “**apoio para ações de promoção à saúde**” e “**apoio para ações de prevenção de doenças**” alcançará o escore de 1 ponto cada a questão cuja opção de resposta seja [sim] e

[periodicidade diária, semanal ou quinzenal], e alcançará pontuação zero cuja opção de resposta seja [não] ou [periodicidade mensal ou outra].

Para o componente “**consultas individuais decorrentes de encaminhamento da atenção básica**” alcançará o escore de 1 ponto a questão cuja opção de resposta seja [sim] e [periodicidade diária, semanal, quinzenal], e alcançará pontuação zero cuja opção de resposta seja [não] ou [outra periodicidade].

Para o componente “**formação/ capacitação/ educação profissional**” alcançará o escore de 2 pontos a questão cuja opção de resposta seja [sim] e [periodicidade diária, semanal, quinzenal ou mensal], e alcançará pontuação zero cuja opção de resposta seja [não] ou [outra periodicidade].

Para o componente “**planejamento conjunto**”^{*} alcançará o escore de 1 ponto a questão cuja opção de resposta seja [sim] e alcançará pontuação zero cuja opção de resposta seja [não].

^{*}Obs.: Questão [Se sim, o planejamento do NASF é realizado de forma conjunta ou integrado ao planejamento das equipes UBS/ESF?]

Para o componente “**apoio ao desenvolvimento de estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas**”^{**} alcançará o escore de 2 pontos a questão cuja opção de resposta seja [sim] e alcançará pontuação zero cuja opção de resposta seja [não].

^{**}Obs.: Questão [O NASF apoia e desenvolve com as equipes da Atenção Básica estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas?]

Caso o município não disponha de equipes NASF terá zero na pontuação desse critério e caso não haja CAPS, não haverá pontuação (não se aplica).

▪ **CRITÉRIO: INSTITUCIONALIZAÇÃO DA AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO DAS AÇÕES DE SAÚDE**

Para a análise do critério no âmbito das equipes, serão utilizadas como fontes instrumentos dos profissionais; no âmbito do município serão utilizadas como fontes instrumentos dos coordenadores.

Para a análise do critério no âmbito do município serão utilizadas como fontes instrumentos dos coordenadores, sendo cotejadas as informações para verificação da consistência.

▪ **CRITÉRIO: ESTRUTURA E PROCESSO DE REGULAÇÃO DO ACESSO**

Este critério deve ser cotejado com a análise documental e observação durante a atribuição da pontuação.

Para este critério, foi criado um escore a partir de quatro componentes (no instrumento do coordenador do sistema de regulação), que sumarizam aspectos relativos à central de regulação, recursos humanos, regulação do acesso a consultas e exames especializados e a leitos de internação e urgência e existência de critérios claros e explícitos para o acesso aos diferentes componentes da rede, cujo detalhamento de pontuação é o seguinte:

1) **Central de regulação:**

- a. Informatizada: 3
- b. Não informatizada: 1,5
- c. Não possui: 0

2) **Recursos humanos:**

- a. Suficientes e capacitados: 2
- b. Suficientes, porém não capacitados OU Capacitados, porém insuficientes: 1
- c. Insuficientes e não capacitados: 0

3) **Regulação do acesso a consultas e exames especializados e a leitos de internação e urgência:**

- a. Sim, para todos: 3
- b. Sim, apenas para um ou dois dos serviços: 1,5
- c. Não: 0

4) **Existência de critérios claros e explícitos para o acesso aos diferentes componentes da rede:**

- a. Possui critérios que consideram o perfil demográfico e epidemiológico e o perfil assistencial: 2
- b. Possui critérios que consideram o perfil demográfico ou assistencial: 1
- c. Não possui critérios (oferta exclusivamente a partir da demanda das unidades): 0

Com base na pontuação obtida em cada elemento supracitado, o pesquisador deverá atribuir um escore final, a partir do somatório dos pontos de todos os componentes. Para qualificação da implantação da estrutura e processo de regulação, propõe-se os seguintes graus:

- **INCIPIENTE** → escore ≤ 4
- **INTERMEDIÁRIO** → escore 5 - 7
- **AVANÇADO** → escore ≥ 8

▪ **CRITÉRIO: GOVERNANÇA**

A análise deste critério será feita mediante a combinação das opções de resposta do instrumento do Secretário de Saúde, que mensuram em que medida a Secretaria Municipal de Saúde (ou o Consórcio de Saúde) tem autonomia para gerir recursos humanos, materiais (compra) e financeiros da rede de serviços de saúde e a condução estratégica da rede de atenção à saúde como um todo. A respectiva pontuação será distribuída da seguinte forma:

a) Obterá pontuação 10 quando atender **SIMULTANEAMENTE** as seguintes opções de resposta:

ENUNCIADO DA QUESTÃO	OPÇÃO DE RESPOSTA
Q20 ou Q21 [As decisões estratégicas sobre a condução da rede de atenção à saúde/rede de serviços de saúde são tomadas frequentemente:]	[3]
Q22 [Existem espaços formais (instâncias, estruturas ou órgãos) de tomada de decisões sobre a condução da rede de serviços de saúde?]	[1]
Q22.1 [Se sim, há participação de representantes de trabalhadores da saúde, usuários dos serviços ou prestadores privados nestes espaços?]	[1]
Q23 [Existem mecanismos de articulação gerencial entre os níveis primário, secundário e terciário?]	[1]
Q24 [Existe uma instância ou órgão responsável pela gestão de pessoal da rede?]	[1]
Q24.2 [Em uma escala de 0 a 10, como o(a) senhor(a) avalia o desempenho dessa instância ou desse órgão?]	[7] OU MAIS
Q25 [Existe uma instância ou órgão responsável pela gestão financeira da rede?]	[1]
Q25.2 [Em uma escala de 0 a 10, como o(a) senhor(a) avalia o desempenho dessa instância ou desse órgão?]	[7] OU MAIS
Q26 [Quem é o presidente da Comissão de Licitação para aquisição de bens, materiais e prestação de serviços da rede?]	[1] OU [2] OU [5]
Q27 [Qual é o órgão responsável pela autorização de empenho relativo à aquisição de bens, materiais e prestação de serviços da rede?]	[1] OU [4]
Q28 [Qual é autoridade responsável pela assinatura de cheques de pagamento das despesas ou de autorizações para emissão de ordem bancária para aquisição de bens, materiais e prestação de serviços da rede?]	[2] OU [6]

b) Obterá pontuação 5 quando atender **SIMULTANEAMENTE** as seguintes opções de resposta:

ENUNCIADO DA QUESTÃO	OPÇÃO DE RESPOSTA
Q20 ou Q21 [As decisões estratégicas sobre a condução da rede de atenção à saúde/rede de serviços de saúde são tomadas frequentemente:]	[2]
Q22 [Existem espaços formais (instâncias, estruturas ou órgãos) de tomada de decisões sobre a condução da rede de serviços de saúde?]	[1] OU [2] OU [99]
Q22.1 [Se sim, há participação de representantes de trabalhadores da saúde, usuários dos serviços ou prestadores privados nestes espaços?]	[2]
Q23 [Existem mecanismos de articulação gerencial entre os níveis primário, secundário e terciário?]	[1] OU [2] OU [99]
Q24 [Existe uma instância ou órgão responsável pela gestão de pessoal da rede?]	[1]
Q24.2 [Em uma escala de 0 a 10, como o(a) senhor(a) avalia o desempenho dessa instância ou desse órgão?]	[7] OU MAIS
Q25 [Existe uma instância ou órgão responsável pela gestão financeira da rede?]	[1]
Q25.2 [Em uma escala de 0 a 10, como o(a) senhor(a) avalia o desempenho dessa instância ou desse órgão?]	[7] OU MAIS
Q26 [Quem é o presidente da Comissão de Licitação para aquisição de bens, materiais e prestação de serviços da rede?]	[1] OU [2] OU [5]
Q27 [Qual é o órgão responsável pela autorização de empenho relativo à aquisição de bens, materiais e prestação de serviços da rede?]	[1] OU [4]
Q28 [Qual é autoridade responsável pela assinatura de cheques de pagamento das despesas ou de autorizações para emissão de ordem bancária para aquisição de bens, materiais e prestação de serviços da rede?]	[2] OU [6]

c) Em todos os demais casos, a pontuação será 0 (zero).

5.4 **DIMENSÃO: INFRAESTRUTURA E FINANCIAMENTO**

▪ **CRITÉRIO: ESTRUTURA DA REDE**

Para este critério, foi criado um escore a partir de 11 questões que resumizam aspectos relativos à adequação e suficiência das instalações, dos equipamentos, dos insumos, dos medicamentos e dos trabalhadores da saúde. À exceção do instrumento do profissional do NASF que foi criado um escore a partir de 10 questões, resumizando também aspectos relativos

à adequação e suficiência das instalações, dos equipamentos, dos insumos, dos trabalhadores da saúde e existência de um local próprio para o NASF desenvolver suas atividades* (que substitui os aspectos referentes aos medicamentos).

***QUESTÃO:[O NASF dispõe de um local próprio para desenvolver suas atividades?]**

Obterá pontuação de 1 ponto a questão cuja opção de resposta seja [4] ou [5], tendo as demais opções pontuação zero. Com exceção das duas questões referentes às “salas e consultórios”**, que quando respondidas as opções de resposta [4] ou [5], obterão pontuação de 0,5 ponto, tendo as demais opções pontuação zero. Para o instrumento do profissional do NASF, como inexistem as questões referentes aos medicamentos, este aspecto foi substituído pela existência de um local próprio para o NASF desenvolver suas atividades, obtendo pontuação de 2 pontos a questão cuja opção de resposta for [Sim] e pontuação 0 (zero) quando a opção de resposta for [Não].

** **[Eu considero a quantidade de salas e consultórios das unidades suficientes.] e [Eu considero as salas e consultórios das unidades adequados.]**

Para verificação da consistência, serão cotejadas as informações dos profissionais com as dos gestores.

Na análise, será considerado avançado o município/região de saúde que alcançar pontuação maior/igual a 8; intermediário quando alcançar pontuação entre 5 e 7 pontos e incipiente quando alcançar pontuação menor/igual a 4.

▪ **CRITÉRIO: FINANCIAMENTO DA REDE**

Para este critério foi elaborada uma pontuação com base em questões que resumizam aspectos relativos a um financiamento abrangente e suficiente. Essa pontuação está organizada no quadro a seguir (Quadro 4).

Na organização dos pontos relativos a este critério, considerou-se o agrupamento das questões com base nos seguintes elementos: recursos humanos, equipamentos, insumos e materiais, serviços de terceiros e, por fim, medicamentos.

A primeira questão do bloco relacionada a este critério diz respeito a uma percepção geral do entrevistado sobre a suficiência dos recursos financeiros para atender à população do seu território. A resposta a esta questão deverá ser cotejada com as respostas referentes aos elementos específicos acima mencionados.

Todos os esses elementos conformam uma pontuação, a qual, o pesquisador poderá atribuí-la tanto por **NÍVEL DE ATENÇÃO** quanto para a **REDE DE SERVIÇOS**.

Na pontuação por nível de atenção o pesquisador deverá atentar para as fontes de evidência, cujos roteiros de entrevista a serem considerados na análise serão: coordenador da Atenção Básica, coordenador da Atenção Especializada, coordenador da Atenção hospitalar e coordenador dos serviços de urgência e emergência.

Na pontuação para a rede de serviços o pesquisador deverá atentar para as fontes de evidência, cujos roteiros de entrevista a serem considerados na análise serão: o do secretário de saúde, do coordenador dos sistemas de informação e coordenador da regulação.

Para pontuação final da rede deverão ser combinados os valores dos escores por nível de atenção com o escore da rede de serviços. A partir dessa combinação, a rede de serviços poderá ser classificada com um financiamento **INCIPIENTE, INTERMEDIÁRIO OU AVANÇADO**. Logo, na combinação dos pontos entre os níveis de atenção e a rede, recomenda-se a seguinte lógica:

- **0: INCIPIENTE (ESCORE ≤ 4)** - A pontuação obtida no nível de atenção básica foi 0, a pontuação nos demais níveis de atenção foi 0 ou 5, e o escore para a rede de serviços foi ≤ 4 .
- **5: INTERMEDIÁRIO (ESCORE 5-8)** - A pontuação obtida no nível de atenção básica e para os demais níveis de atenção foi 5, e o escore para a rede de serviços foi de 5 a 8.
- **10: AVANÇADO (ESCORE ≥ 8)** - A pontuação obtida no nível de atenção básica foi 10, a pontuação nos demais níveis de atenção foi 5 ou 10, e o escore para a rede de serviços foi > 8 .

Quadro 4 - Detalhamento do escore para pontuação do critério financiamento da rede

PONTUAÇÃO POR NÍVEL DE ATENÇÃO						
FONTE	Nº QUESTÃO	PONTUAÇÃO 0	PONTUAÇÃO 0,5	PONTUAÇÃO 1	ELEMENTO	PONTUAÇÃO POR NÍVEL DE ATENÇÃO
COORD AB	86	Resposta 3 ou 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2	RH (Recursos Humanos)	0 a 2 → 0 3 ou 4 → 5 5 → 10
	87	Resposta 3 ou 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2	EQ (equipamentos)	
	88	Resposta 3 ou 4 ou 5	Resposta 1 ou 2	-	(IM) Insumos e Materiais	
	91	Resposta 1 ou 2 ou 3	Resposta 4 ou 5	-		
	89	Resposta 1 ou 2 ou 3	-	Resposta 4 ou 5	ST (Serviços de Terceiros)	
	90	Resposta 1 ou 2 ou 3	-	Resposta 4 ou 5	MED (Medicamentos)	
COORD AE	57	Resposta 3 ou 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2	RH (Recursos Humanos)	0 a 2 → 0 3 ou 4 → 5 5 → 10
	58	Resposta 3 ou 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2	EQ (equipamentos)	
	59	Resposta 3 ou 4 ou 5	Resposta 1 ou 2	-	(IM) Insumos e Materiais	
	62	Resposta 1 ou 2 ou 3	Resposta 4 ou 5	-		
	60	Resposta 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2 ou 3	ST (Serviços de Terceiros)	
	61	Resposta 1 ou 2 ou 3	-	Resposta 4 ou 5	MED (Medicamentos)	
COORD AH	49	Resposta 3 ou 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2	RH (Recursos Humanos)	0 a 2 → 0 3 ou 4 → 5 5 → 10
	50	Resposta 3 ou 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2	EQ (equipamentos)	
	51	Resposta 3 ou 4 ou 5	Resposta 1 ou 2	-	(IM) Insumos e Materiais	
	54	Resposta 1 ou 2 ou 3	Resposta 4 ou 5	-		
	52	Resposta 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2 ou 3	ST (Serviços de Terceiros)	
	53	Resposta 1 ou 2 ou 3	-	Resposta 4 ou 5	MED (Medicamentos)	
COORD URG E EMERG	46	Resposta 3 ou 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2	RH (Recursos Humanos)	0 a 2 → 0 3 ou 4 → 5 5 → 10
	47	Resposta 3 ou 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2	EQ (equipamentos)	
	48	Resposta 3 ou 4 ou 5	Resposta 1 ou 2	-	IM (Insumos e Materiais)	
	51	Resposta 1 ou 2 ou 3	Resposta 4 ou 5	-		
	49	Resposta 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2 ou 3	ST (Serviços de Terceiros)	
	50	Resposta 1 ou 2 ou 3	-	Resposta 4 ou 5	MED (Medicamentos)	
PONTUAÇÃO PARA A REDE DE SERVIÇOS						
FONTE	Nº QUESTÃO	PONTUAÇÃO 0	PONTUAÇÃO 0,5	PONTUAÇÃO 1	ELEMENTO	PONTUAÇÃO POR ELEMENTOS
SEC SAÚDE	45	Resposta 3 ou 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2	RH (Recursos Humanos)	0 a 2 → 0 3 ou 4 → 2 5 → 4
	46	Resposta 3 ou 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2	EQ (equipamentos)	
	47	Resposta 3 ou 4 ou 5	Resposta 1 ou 2	-	IM (Insumos e Materiais)	

	51	Resposta 1 ou 2 ou 3	Resposta 4 ou 5	-		
	49	Resposta 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2 ou 3	ST (Serviços de Terceiros)	
	50	Resposta 1 ou 2 ou 3	-	Resposta 4 ou 5	MED (Medicamentos)	
COORD SIS*	25	Resposta 1 ou 2 ou 3	-	Resposta 4 ou 5	RH (Recursos Humanos)	0 a 2 → 0 3 ou 4 → 2
	26	Resposta 1 ou 2 ou 3	-	Resposta 4 ou 5		
	24	Resposta 1 ou 2 ou 3	-	Resposta 4 ou 5	EQ (equipamentos)	
	27	Resposta 1 ou 2 ou 3	-	Resposta 4 ou 5		
COORD REGUL	29	Resposta 3 ou 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2	RH (Recursos Humanos)	0 a 2 → 0 3 ou 4 → 2 5 → 4
	30	Resposta 3 ou 4 ou 5	-	Resposta 1 ou 2	EQ (equipamentos)	
	31	Resposta 3 ou 4 ou 5	Resposta 1 ou 2	-	IM (Insumos e Materiais)	
	34	Resposta 1 ou 2 ou 3	Resposta 4 ou 5	-		
	32	Resposta 1 ou 2 ou 3	-	Resposta 4 ou 5	ST (Serviços de Terceiros)	
	33	Resposta 1 ou 2 ou 3	-	Resposta 4 ou 5	MED (Medicamentos)	
*VALE 4 PONTOS – PONTUAÇÃO MÁXIMA						

▪ **CRITÉRIO: VALORIZAÇÃO PROFISSIONAL**

Neste critério foi construído um escore com oito questões (101, 103, 108 a 113 no instrumento do profissional de APS), que resumizam aspectos relacionados às iniciativas do município/rede de atenção quanto à valorização profissional para o pleno desenvolvimento das ações de saúde, possuindo escore variando de 0 a 10.

As questões 101 e 103 resumizam dois elementos importantes da valorização profissional sendo respectivamente o **vínculo empregatício** e a existência de **plano de carreira**.

Para o elemento “VÍNCULO EMPREGATÍCIO”:

- Atribui-se pontuação 0 (zero) as seguintes opções de resposta:

[2] Cargo comissionado **OU**

[3] Contrato temporário pela administração pública regido por legislação especial (municipal/estadual/federal) **OU**

[5] Contrato CLT por tempo determinado **OU** [6] Autônomo **OU**

[7] Não tenho contrato

- Atribui-se pontuação 4 as seguintes opções de resposta:

[1] Servidor público estatutário **OU**

[4] Empregado público CLT

Para o elemento PLANO DE CARREIRA:

Atribui-se pontuação 0 (zero) a opção de resposta: [2] Não

Atribui-se pontuação 3 a opção de resposta: [1] Sim

Das questões 108 a 113, para as opções de respostas [4] e [5], atribui-se 0,5 ponto e para as demais ([1], [2], [3]), atribui-se pontuação 0 (zero). **O pesquisador deve estar atento à tarjeta da escala de concordância.**

Para pontuação final deste critério deverão ser combinados os valores de todas as questões em uma soma simples, totalizando um escore de 10 pontos. A partir dessa combinação, a valorização profissional poderá ser classificada como **INCIPIENTE, INTERMEDIÁRIA OU AVANÇADA**. Logo, a combinação dos pontos do escore tem seguinte lógica:

- **INCIPIENTE** – escore ≤ 4
- **INTERMEDIÁRIO** – escore variando de 5 a 8
- **AVANÇADO** – escore ≥ 8

- **CRITÉRIO: EDUCAÇÃO PERMANENTE DOS PROFISSIONAIS**

Caso haja entrevista com amostra ou totalidade dos trabalhadores de saúde, podem ser obtidas estimativas quantificáveis para o conjunto da população de estudo.

ANEXO 2: APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: O Sistema Único de Saúde (SUS) em Estados e Municípios

Pesquisador: Maria Guadalupe Medina

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 09857912.1.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva / UFBA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 182.667

Data da Relatoria: 18/12/2012

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa voltada o para desenvolvimento de metodologia para análise de organização de Redes de Atenção à Saúde, em especial na atenção primária, para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). A autora justifica a relevância do tema argumentando que o adequado gerenciamento das condições crônicas de saúde requer a superação de um modelo de atenção baseado no pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar, sendo necessária a constituição de sistemas integrados de atenção à saúde, organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma atenção contínua e integral a uma população adstrita, trazendo assim importante contribuição científica e sócio sanitária ao campo da Saúde Coletiva e à construção do Sistema Único de Saúde no Brasil.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo geral do projeto é elaborar metodologia para identificação, descrição e análise de iniciativas inovadoras para enfrentamento das DCNT, em especial aquelas baseadas na organização de Redes de Atenção à Saúde, centradas na Atenção primária. A partir de revisões sistemáticas pretende-se desenvolver a metodologia elaborada e aplicá-la em três municípios a fim de testar os critérios, padrões, procedimentos e instrumentos a serem utilizados na identificação de iniciativas inovadoras de organização de redes de atenção à saúde para doenças crônicas. São objetivos específicos do trabalho:

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



- Realizar revisões sistemáticas sobre os temas: Redes de atenção à saúde, Gestão de Serviços de Saúde, Atenção Primária em Saúde, Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil;- Identificar os diferentes referenciais teóricos que sustentam a formação de redes de atenção à saúde no Brasil e no mundo;
- Definir critérios e padrões para caracterizar iniciativas inovadoras na organização de redes de atenção à saúde para doenças crônicas;
- Definir procedimentos e instrumentos para a identificação de experiências inovadoras de organização de redes de atenção à saúde para doenças crônicas;
- Realizar teste piloto para testar os critérios, padrões, procedimentos e instrumentos a serem aplicados na identificação de iniciativas inovadoras de organização de redes de atenção à saúde para doenças crônicas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A autora declara que a investigação não envolve riscos. Os benefícios resultantes do projeto relacionam-se à aplicação pelas instâncias de gestão do SUS, nos níveis federal, estadual e municipal, da metodologia desenvolvida na avaliação de redes de atenção à saúde centradas na APS voltadas para doenças crônicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto será conduzido em duas etapas principais. O estudo será desenvolvido em duas etapas: 1) Revisões sistemáticas: serão conduzidas três revisões sistemáticas sobre os seguintes temas: a) Redes de atenção à saúde centradas na Atenção Primária à Saúde; b) Modelos de gestão e de atenção a doenças crônicas não transmissíveis; c) Situação epidemiológica e políticas, programas e projetos de prevenção e controle de doenças crônicas não transmissíveis no Brasil. 2) Desenvolvimento de procedimentos metodológicos para identificação das iniciativas inovadoras na organização de redes de atenção à saúde para doenças crônicas. Esta etapa envolve: a) Elaboração de modelo teórico-lógico da organização de redes de atenção para doenças crônicas centradas na APS (Elaboração de proposta preliminar de modelo teórico-lógico; Realização de técnica de consenso para validação do modelo teórico-lógico; Elaboração de versão final); b) Elaboração de instrumentos; c) Definição de protocolo com procedimentos operacionais para aplicação dos instrumentos elaborados; d) Realização de teste piloto: Será realizado teste piloto com aplicação do protocolo em três municípios do Estado da Bahia, que tenham desenvolvido iniciativas de organização de redes de atenção, selecionados a partir da indicação do gestor estadual.

O projeto tem custo de R\$120.000,00 e será financiado pelo banco Interamericano e

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA / UFBA



Desenvolvimento Representação Brasil. Os currículos dos pesquisadores são adequados para realização da pesquisa. O cronograma do projeto está adequado, aguardando-se a autorização deste Comitê para início da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (equipe gestora, usuário e profissionais) contêm as informações necessárias sobre o projeto, é de fácil compreensão e encontra-se adequado conforme a Resolução 196/96 do CNS e suas complementares. Será assegurado sigilo e confidencialidade aos entrevistados.

Recomendações:

Após a seleção dos municípios, será necessário solicitar Termo de Anuência dos gestores responsáveis para execução da pesquisa. Observar o título do projeto (está escrito de diferentes formas na Filha de Rosto e na Plataforma). É preciso anexar TCLE (equipe de gestão, usuário e profissionais e saúde) na Plataforma Brasil (só localizei no projeto impresso).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Considerando os princípios de não maleficência, beneficência, justiça e o binômio risco-benefício, expressos na Resolução 196/96 e suas complementares, bem como a relevância do tema, salvo melhor juízo, aprovo e recomendo sua realização.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SALVADOR, 04 de Janeiro de 2013

Assinador por:
Maria da Conceição Nascimento Costa
(Coordenador)

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7441

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br