

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL
PROPOSTA DE INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO
DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO E DA ORDENAÇÃO
DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO BRASIL**

Patrícia Sampaio Chueiri

Orientador: Prof. Dr. Erno Harzheim

Porto Alegre, junho de 2013

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO PROFISSIONAL
PROPOSTA DE INSTRUMENTO PARA A AVALIAÇÃO
DA COORDENAÇÃO DO CUIDADO E DA ORDENAÇÃO
DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO BRASIL**

PATRÍCIA SAMPAIO CHUEIRI

Orientador: Prof.Dr. Erno Harzheim

A apresentação desta dissertação é exigência do Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Porto Alegre, Brasil.
2013

CIP - Catalogação na Publicação

Chueiri, Patricia Sampaio

Proposta de instrumento para a avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária no Brasil / Patricia Sampaio Chueiri. -- 2013.
115 f.

Orientador: Erno Harzheim.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Redes de Atenção à Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Avaliação de Serviços de Saúde. 4. Instrumentos de Avaliação em Saúde. I. Harzheim, Erno, orient. II. Título.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Carmen Cecília de Campos Lavras, Coordenadora e Pesquisadora do Núcleo de Estudos de Políticas Públicas, Universidade Estadual de Campinas.

Prof. Dr. Ricardo de Souza Kuchenbecker, Programa de Pós-Graduação do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Profa. Dra. Daniela Riva Khauth, Programa de Pós-Graduação do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

DEDICATÓRIA

Aos meus avós, Dungo, Dunga e Nena, por terem me ensinado muito em tão pouco tempo...

Aos meus pais, Olga e Elias, e à minha irmã Maria, pela compreensão e, principalmente, pela segurança para seguir minha vida, contando sempre com meu porto seguro.

AGRADECIMENTOS

Ao Ministério da Saúde, por financiar esse projeto e apoiar a formação permanente de seus quadros; e, principalmente, aos meus chefes, que me liberaram das minhas atividades: Claunara Schilling Mendonça, Heider Aurélio Pinto e Lêda Lúcia Couto de Vasconcelos.

Ao programa de Pós-graduação em Epidemiologia da UFRGS e aos seus professores, pelos momentos de reflexão e aprendizagem, importantíssimos para a minha formação.

Aos meus colegas de mestrado, pela troca de experiências, aprendizados e incentivos permanentes; e, em especial, à Cristiane e à Suliane.

À Silvia Takeda, pelo incentivo, em um encontro inesperado, para iniciar o mestrado, pelos importantes apontamentos durante a pesquisa e pela revisão do instrumento.

A todos os profissionais que participaram como experts do projeto, pelo compromisso assumido e pela seriedade com que levaram a pesquisa.

Aos colegas do Ministério da Saúde, em especial à minha atual equipe: Heide, Mariana, Fernando, Danusa, Fernanda e Jaqueline. Pessoas comprometidas, entusiasmadas, e, principalmente, companheiras de trabalho, que tornam o dia a dia da gestão federal mais alegre.

Por falar em equipe, não posso deixar de agradecer à minha equipe da Unidade Básica de Saúde Vila Aparecida e aos meus pacientes, responsáveis pela minha formação como Médica de Família e Comunidade, e, por conseguirem, apesar de longe, manter a minha vontade de melhorar acesa.

À minha amiga de infância, Camila, pelo incentivo para iniciar o mestrado, pelo carinho com que me recebeu em Brasília, por tudo que fizemos e conversamos desde o colégio, e por acreditar em um Estado justo e livre.

À minha amiga Ana, pelos 6 anos de faculdade, pelas vezes que me puxa para “realidade” e por poder contar com você sempre.

À minha amiga Bárbara, a pessoa mais acolhedora que conheço, que me abrigou em Porto Alegre durante essa jornada, e com quem conversei por horas sobre o mestrado, sobre a gestão, sobre a medicina de família e muito sobre a vida. Amiga, obrigada por tudo!

À Ro, pelo apoio em todos os momentos do mestrado, pelas diversas revisões feitas e pelas críticas construtivas e qualitativas.

E, por fim, ao meu orientador, Prof. Dr. Erno Harzheim, por sua competência profissional e humana, por sua convicção na APS, pela disponibilidade e pela paciência com o meu tempo não ideal de dedicação ao projeto. Obrigada pelos ensinamentos preciosos durante as nossas conversas. Saiba que, desde o Congresso de Fortaleza, quando o vi apresentar GP APS, sonhei em ser sua orientanda.

SUMÁRIO

Abreviaturas e Siglas

Resumo

Abstract

1 APRESENTAÇÃO.....	16
2 INTRODUÇÃO.....	17
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
3.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	21
3.1.1 As Redes de Atenção à Saúde no Mundo.....	27
3.1.2 As Redes de Atenção à Saúde no Brasil.....	29
3.2 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	33
3.3 POR QUE AVALIAR AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE?	36
3.4 O QUE AVALIAR NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE?	39
3.5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	43
3.5.1 Por que avaliar políticas públicas de saúde?.....	43
3.5.2 Formas e Métodos de avaliação em saúde.....	45
3.5.3 O uso de instrumentos para a avaliação em Saúde.....	47
4 OBJETIVOS.....	49
4.1 OBJETIVO GERAL	49
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	49
5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50
6 ARTIGO	56
7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
8 ANEXOS	
ANEXO A - Projeto de Pesquisa	85
ANEXO B - Cronograma de Execução	102
ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	103
ANEXO D - Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa	105
ANEXO E - Instrumentos utilizados nas rodadas do Delphi.....	107

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

AMQ - Avaliação e Melhoria da Qualidade da Atenção Básica

APS - Atenção Primária à Saúde

CONASEMS - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

EUA – Estados Unidos da América

MS - Ministério da Saúde

NHS - National Health Service (Reino Unido)

NOB - Normas Operacionais Básicas

NOAS - Normas Operacionais da Assistência à Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNASS - Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde e Avaliação

RAS - Redes de Atenção à saúde

SILOS - Sistemas Locais de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

RESUMO

Nestes 25 anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), muitos resultados já foram alcançados. Entretanto, o rápido envelhecimento da população, a transição do perfil epidemiológico e o conjunto de mudanças socioeconômicas ocorridas nos últimos anos colocam novos desafios para o SUS. Destacam-se entre estes desafios: a melhora do equilíbrio entre a atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde, a garantia de financiamento adequado, a diminuição das iniquidades geográficas e a integração da rede assistencial. Neste sentido, a formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde nos sistemas nacionais tem se mostrado como uma forma de organização de sistemas de saúde eficaz para responder a alguns destes desafios epidemiológicos e estruturais. O Brasil, desde a concepção do SUS, vem caminhando para a regionalização e a conformação de redes de atenção à saúde. Através de revisão da literatura não foi possível identificar um instrumento validado que possibilite medir a presença e o grau de consolidação dos atributos das redes de atenção à saúde (RAS). Assim, a fim de avaliar o desenvolvimento das RAS, propõe-se, com esta pesquisa, a organização de um instrumento que seja capaz de avaliar dois dos atributos das redes: a coordenação do cuidado e a ordenação das RAS pela Atenção Primária à Saúde. A pesquisa foi dividida em duas Fases. A Fase I consistiu na revisão e análise crítica da literatura relacionada ao tema, a fim de propor os itens iniciais de um instrumento para avaliar as RAS. A Fase II foi o Método Delphi, que consiste na submissão iterativa de uma lista de itens a um grupo de experts, a fim de que este grupo alcance uma opinião consensual em relação aos itens que devem compor o instrumento, medida através da estabilização das respostas. Dos 50 profissionais indicados para compor o grupo de experts, 39 aceitaram participar do estudo; destes, 53,8% representavam a gestão; 23,1% representavam os profissionais da assistência; e 23,1% representavam a academia/universidade. O instrumento da primeira rodada, construído com base na revisão de literatura, se constituiu de 58 questões. Na segunda rodada, foram incluídas 11 questões novas e 18 (31%) questões foram adaptadas por sugestões do grupo de experts. Deste modo, a segunda versão do instrumento teve 69 itens, divididos em 5 dimensões. A primeira dimensão foi relacionada à população e ao território; a segunda abordou a APS; a terceira

tratou da articulação entre os pontos de atenção da rede; a quarta foi sobre a programação da atenção a partir das necessidades de saúde da população; e a quinta tratou dos conceitos, da divulgação e do compromisso da gestão com a organização da RAS. Foram realizadas 4 rodadas do Delphi. Na primeira rodada, 100% (39) dos experts participantes responderam o instrumento; na segunda rodada, 97,5%; e, na terceira e quarta rodadas, 94,8%. O resultado final foi um instrumento com 69 questões. Destas, 10 não chegaram à estabilidade de respostas. As 59 (85,5%) questões que atingiram a estabilidade podem ser divididas em: um grupo de 44 itens (74,6%) que atingiram grau de consenso alto entre os experts; um grupo de 12 itens (20,4%) que atingiram grau de consenso intermediário; e um grupo de 3 itens (5%) que atingiram grau de consenso baixo. A construção desta proposta de instrumento para a avaliação das RAS a partir de dois atributos essenciais tem por intuito central apoiar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde e colaborar com as pesquisas relacionadas às avaliações mais sistêmicas dos serviços de saúde. Novos estudos que possam dar sequência a este projeto são de extrema importância a fim de aprimorar o resultado alcançado. Desta forma, no futuro, será possível ofertar um instrumento validado que permita a comparação dos diversos tipos de redes de atenção à saúde, e que, ainda, possibilite avaliar o impacto desta forma de organização das ações e serviços de saúde no estado de saúde da população.

PALAVRAS-CHAVE: Redes de Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Instrumentos de Avaliação em Saúde.

ABSTRACT

Over the past 25 years of the Brazilian Unified Health System (SUS), there have been many achievements. However, the fast aging of the population, the transition of the epidemiological profile and the socioeconomic changes that have occurred in the last years pose new challenges for the SUS, Brazil's National Health Care System. Outstanding among these challenges are the improvement of balance between specialized attention and Primary Health Care, the guarantee of proper funding, the reduction of geographical inequities and the integration of health care network. In this sense, the creation of integrated and regional health care networks in national health care systems has proved to be an effective form of organization of health care systems to address some of these epidemiological and structural challenges. Since the conception of the SUS, Brazil has been moving towards the regionalization and conformation of health care networks. It was not possible to identify a validated evaluation tool to measure the presence and degree of consolidation of attributes of health care networks (HCNs) through the review of literature. Therefore, in order to assess the development of HCNs, this research proposes the organization of an evaluation tool capable of measuring two attributes of health care networks: care coordination and planning of HCNs by the Primary Health Care. The research was divided into two phases: Phase I consisted of review and critical analysis of the literature related to the subject, in order to propose the initial items of the evaluation tool to assess health care networks. Phase II employed the Delphi method, which consists in submitting an iterative list of items to a group of experts, so that the group reaches a consensus opinion regarding items that shall be included in the instrument, measured by stabilization of responses. From 50 professionals appointed to compose the group of experts, 39 agreed to participate, and of these, 53.8% represented the management, 23.1% represented the health care professionals, and 23.1% represented the academy/university. The evaluation tool for the first round, built based on the literature review, consisted of 58 questions. In the second round, 11 new questions were included and 18 (31%) questions were adapted by suggestions of the experts group. Thus, the second version of the evaluation tool had 69 items, divided into five dimensions. The first dimension was related to population and territory, the

second addressed the PHC and the third dealt with the articulation among health care points of the network and the fourth was about health care planning as to specific needs of the population, and the fifth addressed the concepts, information to the public and the commitment of the management team to the organization of the HCNs. There were 4 rounds of Delphi. In the first round, 100% (39) of the participating experts answered the instrument; in the second round, 97.5%; and in the third and fourth rounds, 94.8%. The end result was an evaluation tool comprised of 69 questions. Of these, 10 did not reach stability in responses. The 59 (85.5%) questions that reached stability in responses can be divided into: a group of 44 items (74.6%) that achieved a high degree of consensus among the experts; a group of 12 items (20.4%) that reached an intermediate degree of consensus, and a group of 3 items (5%) that reached a low degree of consensus. The main purpose of the development of this evaluation tool proposal for assessing health care networks from the viewpoint of two of its essential attributes is to support the development of public health policies as well as to help research related to more systemic evaluations for health services. New studies that might provide a sequence to this project are of utmost importance in order to improve the results achieved. Hence, in the future, it will be possible to offer a validated evaluation tool that allows the assessment of different types of health care networks, and also for estimating the impact of this form of organization of health services and actions on population's health status.

KEYWORDS: Health Care Networks; Primary Health Care; Evaluation of Health Care Services; Health Evaluation Tools.

1 APRESENTAÇÃO

Este trabalho consiste na dissertação de mestrado intitulada “Proposta de instrumento para a avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das redes de atenção a saúde pela atenção primária no Brasil”, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, em 28 de junho de 2013. O trabalho é apresentado em três partes, na ordem que segue:

1. Introdução, Revisão da Literatura e Objetivos
2. Artigo
3. Considerações Finais

Documentos de apoio estão apresentados nos anexos.

2 INTRODUÇÃO

Ao longo destes 25 anos de construção do Sistema Único de Saúde, muitos desafios já foram superados, e, como principais marcas deste êxito, pode-se citar a ampliação do acesso aos serviços e a melhora dos indicadores de saúde. Porém, para que os princípios da universalidade, da integralidade e da equidade se tornem mais concretos, existem ainda muitos obstáculos a serem ultrapassados.

Em 1988, iniciou-se a reformulação da atenção à saúde no país com a criação e o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde. Neste sentido, pode-se distinguir os seguintes pontos como cruciais para este desenvolvimento: o avanço na descentralização, através da transferência de recursos e definição de responsabilidades de cada ente federado, a ampliação da rede de ações e serviços de saúde, o avanço normativo para regionalização, a maior capacidade de gestão municipal, a mudança gradual na lógica de financiamento, o aumento da participação dos estados e municípios no financiamento e o fortalecimento da capacidade nacional de produção de medicamentos e insumos (Levcovitz, 2001).

A ampliação do acesso se deu principalmente pela Atenção Primária à Saúde (APS), que, hoje, através da Estratégia Saúde da Família, possibilita acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) a mais de 110 milhões de brasileiros. Mas é refletida, também, pelo aumento das ações dos serviços especializados (consultas, procedimentos diagnósticos e terapêuticos) de média e alta complexidade com um incremento de 12,5% e 23,56%, respectivamente, em 2010, e pela ampliação da assistência farmacêutica com o programa “Farmácia Popular do Brasil” (Brasil, 2011b).

A melhora dos indicadores de saúde pode ser exemplificada pela queda sustentada da mortalidade infantil, que caiu 58,8% entre 1990 e 2008, pela redução da taxa de mortalidade por doenças crônicas entre 1996 e 2007 (de 569 para 475/100 mil habitantes) e pela queda importante na mortalidade por doenças transmissíveis (Brasil, 2011b).

Esta melhora direta na saúde da população tem relação, entre outras coisas, com a expansão exponencial da Estratégia Saúde da Família na década de noventa e

no início dos anos 2000, o que a tornou um marco das políticas de saúde no país (Assis et al., 2007; Campos; Guerrero 2008). Porém, a APS brasileira ainda enfrenta a necessidade de legitimação perante a sociedade e os gestores, precisa superar um déficit de qualificação e infraestrutura e principalmente fortalecer seu papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado individual (Harzheim, 2011).

As importantes mudanças sociais ocorridas nas últimas três décadas, como o aumento de 14% dos domicílios cobertos pela rede de abastecimento de água, o aumento de 11% no PIB per capita, a queda de 20% na taxa de analfabetismo na população (de 15 e mais anos) e a queda do desemprego e do trabalho infantil também tem relação significativa com a melhora nos indicadores de saúde (Brasil, 2011b).

Todas essas transformações sociais e estruturais tiveram impacto importante no perfil demográfico do país, pois ampliaram a expectativa de vida, que, hoje, é de 73 anos (com previsão estimada para 2030 de 81,9 anos). Atualmente, o perfil demográfico é caracterizado pelo aumento constante do número de idosos, que, em 2030, já terá ultrapassado o número de jovens. O envelhecimento populacional amplia a carga de doenças crônicas (câncer, diabetes, doenças cardiovasculares) na população brasileira (Fundação Osvaldo Cruz et al., 2012).

O desenvolvimento científico e tecnológico que ocorre no mundo na área da saúde e que avança igualmente no país, também amplia o número de pessoas convivendo com doenças/condições crônicas. Para exemplificar as doenças/condições crônicas podemos citar: as doenças cardiovasculares, os problemas de saúde mental, incapacidades estruturais (amputações, cegueira), assim como as doenças infecciosas crônicas (ex.: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida). (OMS,2003).

Além desta mudança demográfica e epidemiológica, o país tem como característica do seu quadro de morbimortalidade a presença de doenças infecciosas antigas e reemergentes e as causas externas/violência, esta última é importante motivo de morte entre os jovens e é responsável por 8% das internações no país. Esse cenário caracteriza a chamada tripla carga de doenças (Brasil, 2012, 2011c).

A partir do contexto explicitado acima, de evolução dos indicadores de saúde, de mudança do perfil demográfico e epidemiológico do país, e de desenvolvimento

do SUS como política pública, pode-se destacar que há ainda muitos desafios para o pleno funcionamento do sistema de saúde.

Estes desafios podem ser divididos em quatro macro dimensões: a gestão, o financiamento, o quadro epidemiológico e demográfico; e, por fim, o desenvolvimento regional e social. Eles estão inter-relacionados e são interdependentes. A divisão feita tem apenas caráter didático.

O desafio do financiamento diz respeito à garantia de financiamento adequado à opção da sociedade brasileira por um sistema de saúde público e universal atualmente baseado na Atenção Primária à Saúde. Este ponto inclui as discussões relacionadas ao orçamento público destinado ao SUS, a regulação dos serviços privados, ao gasto privado com saúde e sua relação com a carga tributária brasileira, e a contradição da oferta de planos privados de saúde para servidores públicos (Giovanella et al., 2012; Levcovitz, 2001).

Entre os desafios de gestão, destacam-se as necessidades: de mudança do paradigma da oferta indiscriminada de ações e serviços de saúde sem planejamento adequado e de acordo com as necessidade de saúde, de melhora do equilíbrio entre a atenção de média e alta complexidade e a atenção primária à saúde, de integração da rede assistencial atualmente fragmentada, da gestão interfederativa de um sistema único, da regionalização, de contratação de profissionais de saúde, do modelo de financiamento que ainda é pautado por muitas condicionalidades para aplicação dos recursos (Levcovitz, 2001; Brasil, 2003).

Em relação ao quadro demográfico e epidemiológico, o envelhecimento e o aumento da carga de doenças / condições crônicas se colocam como grande desafio, já que exigem uma nova forma de funcionamento do sistema de saúde, ampliam muito os gastos, demandam cuidado continuado e coordenado, necessitando muitas vezes de tecnologias inovadoras e de alto custo (Bodenheimer, 2008; Davies et al., 2006; Hofmarcher et al., 2007; Schoen et al., 2011).

Além dos desafios relacionados ao financiamento, à gestão do sistema de saúde e ao quadro epidemiológico, há, ainda, o desafio da superação das iniquidades regionais e sociais, que são caracterizados pela heterogeneidade da capacidade gestora, pela insuficiência de serviços e profissionais em muitas regiões do país e pelas inúmeras iniquidades sociais (Levcovitz, 2001).

Ressalta-se que a lista de desafios conta apenas com itens intrínsecos ao próprio sistema de saúde, sem ampliar o olhar para questões mais macropolíticas, que tangem o desenvolvimento global do Estado brasileiro, e que exigem respostas sistêmicas a fim de serem superadas.

Muitos pesquisadores têm direcionado suas pesquisas para uma avaliação mais sistêmica do conjunto de ações e serviços e formas de gestão das estruturas de saúde, e passaram a olhar a organização dos sistemas de saúde como um todo, como um fator relevante e de impacto positivo na saúde da população. Neste cenário, a organização das redes de atenção à saúde têm se colocado como uma ferramenta importante para o enfrentamento destes novos obstáculos (Mendes, 2008; OPAS, 2010).

Neste sentido, o Brasil, desde a concepção do SUS, vem caminhando, às vezes de forma não coerente, para a conformação de redes de atenção à saúde. Em um primeiro momento, pautado pelas diretrizes de descentralização e regionalização; depois, no início da década de 90, pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), passando pelo Pacto pela Saúde (2006); e, atualmente, pela Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279 (2010), que estabelece as diretrizes para organização das redes de atenção à saúde (RAS) e pelo Decreto Presidencial nº 7.508 (2011), que conceitua região de saúde e redes de atenção à saúde e ainda cria a Comissão Intergestores Regional – CIR (Brasil, 2002, 1996, 2006, 2010, 2011a).

Assim, é nesta conjuntura de desenvolvimento do SUS e de pesquisas sobre o papel das redes de atenção à saúde no enfrentamento dos desafios dos sistemas de saúde que este projeto se coloca. Propõe-se a organização de um instrumento que seja capaz de avaliar dois dos atributos das redes de atenção à saúde (RAS): a coordenação do cuidado e a ordenação das RAS pela APS.

3 REVISÃO DA LITERATURA

Esta é uma revisão narrativa a partir de diversos termos de busca (redes de atenção à saúde, avaliação de redes de atenção à saúde, coordenação do cuidado, ordenação das redes de atenção à saúde, *integrated health care systems*, *care continuity*, *case management*, *integration of health care delivery*, *healthcare evaluation mechanisms*, entre outros) relacionados ao tema “Redes de Atenção à Saúde”.

A revisão foi realizada nas bases de dados Medline, Pubmed e Scielo, e focada em artigos que tratavam dos pontos-chaves relacionados ao projeto “*Proposta de instrumento para a avaliação da coordenação do cuidado e da ordenação das redes de atenção à saúde pela APS no Brasil*”. Esta revisão não esgotou todas as questões que envolvem os temas “Redes de Atenção à Saúde” e “Avaliação em Saúde”.

3.1 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As redes de atenção à saúde são uma importante estratégia para responder aos atuais desafios que os sistemas de saúde vêm enfrentando (Mendes, 2008; OPAS, 2010).

Entre estes desafios, estão a mudança do perfil demográfico (aumento importante do número de idosos), que contribui, junto com os avanços nos cuidados em saúde, para o aumento do número e a longevidade de pessoas com doenças crônicas, e as novas exigências que o cuidado destas pessoas trazem para os sistemas de saúde (por exemplo: maior necessidade de coordenação do cuidado). Além disso, outro desafio é a necessidade de ampliar a relação custo-efetividade dos serviços de saúde diante do aumento dos custos com a incorporação de novas tecnologias, em um contexto de financiamento finito e oferta de ações e serviços de saúde fragmentada e indiscriminada.

Mas, afinal, o que são as redes de atenção à saúde?

Desde a década de 20, a partir do Relatório Dawson (Dawson, 1964), as redes de atenção à saúde vêm sendo discutidas e organizadas de diferentes formas em várias partes do mundo.

Nos países da Europa que organizaram a atenção à saúde¹ através de sistemas nacionais, a nomenclatura mais utilizada para o tema é “redes regionalizadas”. A Espanha, diferentemente, utiliza o termo “organizações sanitárias integradas”. Já nos Estados Unidos da América, que não tem um sistema nacional de saúde universal, o termo mais empregado é “sistemas integrados”. No Canadá, a nomenclatura pode variar de província para província, mas o nome mais utilizado é “cuidado integrado”. Na América Latina, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) utiliza o termo “redes integradas de serviços de saúde” e o Brasil mais recentemente tem empregado o termo “Redes de Atenção à Saúde” (RAS), tanto nos seus documentos oficiais quanto na produção científica nacional que trata do tema.

A diversidade de nomes representa a heterogeneidade com que a organização das redes de atenção à saúde tem se dado nos sistemas de saúde pelo mundo, e, pode-se dizer que parte das dificuldades de intercâmbio, análise e comparação dessas estratégias deve-se à nomenclatura tão diversa e à amplitude de ações a que os diferentes nomes se referem (Armitage et al., 2009; Kodner, 2009; OPAS, 2010).

Além disso, cada nome pode ter como objeto apenas uma parte da organização do sistema de saúde, pode estar se referindo apenas à macro-organização dos sistemas, ou apenas à organização mais micro, focando no processo de trabalho. Ou, ainda, pode estar tratando da integração de um programa específico para uma subpopulação em particular. Por fim, o termo utilizado pode se referir a estratégias que tocam todas as instâncias de um sistema de saúde (indo de macro até micro ações), confluindo para a integração e conformação de redes de atenção à saúde (Lloyd; Wait 2005).

A fim de delimitar melhor este campo conceitual, permitindo que possa haver avaliação desta estratégia de organização da atenção à saúde, além de possibilitar uma troca mais fácil de experiências, diversos autores e organismos internacionais

¹ Atenção à Saúde designa a organização estratégica do sistema e das práticas de saúde em resposta às necessidades da população. É expressa em políticas, programas e serviços consoante com os princípios e as diretrizes que estruturam os sistemas de saúde.

têm proposto definições, características ou atributos que delimitem o conceito de redes de atenção à saúde (OMS, 2008a).

Em 1996, Shortell et al., no livro *Remaking Health Care in America*, definiram que sistemas organizados de saúde são redes de serviços que proporcionam cuidado coordenado e contínuo a uma população definida, e que podem prestar conta dos seus resultados clínicos, financeiros e do estado de saúde da população sob sua responsabilidade (Shortell et al., 2000).

Suter et al., autores canadenses, definem dez princípios para o cuidado integrado (Suter et al., 2009). São eles:

- 1) Ofertar o serviço certo, na hora certa, propiciando acesso e cuidado continuado, integrado com outros setores, como assistência social;
- 2) Ter foco no paciente e nas necessidades de uma população definida, com organização do cuidado com ênfase na Atenção Primária à Saúde;
- 3) Ter cobertura geográfica, com território definido, maximizando o acesso e evitando a duplicação de serviços e ações;
- 4) Ter equipes multiprofissionais em todos serviços, trabalhando com padrões definidos e linhas de cuidado baseadas em evidências;
- 5) Avaliar o desempenho do sistema de forma transparente, observando a qualidade dos serviços, o cuidado continuado, fazendo conexão entre as intervenções e os resultados clínicos;
- 6) Possibilitar o compartilhamento de informações pelos serviços e ter sistemas de informação que possibilitem a coleta de dados e análise de relatórios;
- 7) Ter cultura organizacional e equipes de saúde com lideranças clínicas comprometidas com o trabalho e os seus resultados;
- 8) Integração dos médicos de diferentes pontos assistenciais, pois estes são profissionais-chave para a coesão do sistema, e cruciais para o uso de um prontuário único;
- 9) Estrutura de governança forte, com um sistema que permita a participação de todos os interessados e que possibilite a coordenação do cuidado nos diversos pontos de atenção;

- 10) Gestão financeira, que propicie mecanismos para o trabalho em equipe e que sustente uma distribuição equitativa do financiamento.

Hartz e Contandriopoulos fazem leituras complementares do conceito de redes. Primeiro, a definem como uma estrutura organizacional que tem como objetivo prover serviços, e, em um segundo momento, a definem como uma dinâmica de atores em permanente negociação de seus papéis, em busca de novas soluções para os velhos problemas (Hartz; Contandriopoulos 2004).

O livro *Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde* define redes de atenção à saúde como uma malha que integra os serviços de saúde de um determinado território, organizando-os para que os diversos pontos de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento do usuário e para a promoção da saúde. Estabelece como suas principais características: 1) ter uma população e um território definido; 2) ter gama ampla de serviços e ações de saúde, incluindo serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, articulados e organizados de forma ótima em relação ao custo/benefício e a oferta/necessidade; 3) ter logística que permita identificar o usuário e que facilite seu caminhar nas malhas da rede; e, 4) ter sistemas de regulação baseados em normas e protocolos que orientem o acesso e definam responsabilidades (Silva, 2008).

Em 2010, a Organização Pan-Americana da Saúde propôs 14 atributos, divididos em 4 eixos para as Redes de Atenção à Saúde (Quadro 1) (OPAS, 2010).

Quadro 1 - Atributos das Redes de Atenção à Saúde

Eixo Modelo Assistencial
<i>Atributo 1</i> - Território e população definidos, com amplo conhecimento das necessidades e preferências em relação à saúde.
<i>Atributo 2</i> - Rede de serviços extensa, que presta cuidado integral.
<i>Atributo 3</i> - Atenção primária que cobre toda a população; está organizada em equipes multiprofissionais; que é a principal porta de entrada do sistema; é responsável pela coordenação do cuidado e é resolutiva, sendo capaz de resolver os principais problemas de saúde de sua população.
<i>Atributo 4</i> - Prestação de serviços especializados em lugares apropriados e preferencialmente em ambientes extra-hospitalares.
<i>Atributo 5</i> - Existência de mecanismos de coordenação assistencial em todos os serviços.
<i>Atributo 6</i> - Atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, levando em conta as particularidades culturais.
Eixo Governança e estratégia
<i>Atributo 7</i> - Sistema de governança único para todos os serviços.
<i>Atributo 8</i> - Participação social ampla.
<i>Atributo 9</i> - Ação Intersetorial e abordagem dos determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde.
Eixo Organização e gestão
<i>Atributo 10</i> - Gestão integrada de apoio clínico, administrativo e logístico.
<i>Atributo 11</i> - Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados.
<i>Atributo 12</i> - Sistema de informação integrado que vincula todos os serviços da rede e que gera relatórios de acordo com as necessidades locais.
<i>Atributo 13</i> - Gestão baseada em resultados.
Eixo Alocação de recursos financeiros e incentivos
<i>Atributo 14</i> - Financiamento adequado e incentivos alinhados com as metas da rede.

Fonte: Adaptado de OPAS (OPAS, 2010).

Com base em uma extensa revisão bibliográfica, Mendes (2011) definiu Redes de Atenção à Saúde (RAS) como organizações poliárquicas de serviços de saúde, com missão única e objetivos comuns, caracterizadas por um trabalho cooperativo e interdependente, que permite ofertar a uma população específica, atenção coordenada pela Atenção Primária à Saúde, contínua, integral, humanizada e com equidade, no momento certo, no lugar certo, com a qualidade esperada e com o custo certo, e ainda tem responsabilidade sanitária e econômica sobre a sua população, agregando valor a esta.

Além desta definição, Mendes propõe elementos constituintes das RAS e descreve diretrizes conceituais e operacionais para a organização destes elementos. Os elementos elencados foram: a população; a APS como o centro de comunicação; os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (diagnóstico, terapêutico, assistência farmacêutica, e sistemas de informação); os

sistemas logísticos (cartão de identificação do usuário, prontuários compartilhados, acesso regulado e o transporte sanitário); e o sistema de governança.

Um conceito também colocado por autores brasileiros e que abarcou harmonicamente a diversidade de princípios e diretrizes que permeiam a estratégia das redes de atenção à saúde e trouxe um olhar para o todo da organização dos sistemas de atenção à saúde está descrito no livro *A Saúde no Brasil em 2030* (Fundação Osvaldo Cruz et al., 2012).

É possível conceber as redes de atenção à saúde como uma estratégia de organização da atenção à saúde especificamente voltada para promover a integração do cuidado, a partir da combinação entre flexibilidade de alocação de práticas e tecnologias e coordenação do cuidado para garantia da longitudinalidade do cuidado. As redes de atenção à saúde correspondem a um conjunto de serviços de saúde, de hierarquias recíprocas, com missão e objetivos comuns que se articulam de modo cooperativo e interdependente, para oferecer atenção contínua e integral a determinada população.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como serviços integrados: “gestão e prestação de serviços de saúde para que os usuários recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades ao longo do tempo e em diferentes níveis do sistema de saúde.” Apesar desta definição, que é próxima das definições expostas acima, a OMS ressalta que podem existir seis formas de entendimento sobre integração dos serviços nos sistemas nacionais de saúde, entre elas: 1) como um pacote fechado de serviços e ações preventivas e curativas para um grupo populacional em particular; 2) como um sistema com vários pontos de atenção responsável por uma população localizada em um território e com uma gestão única; 3) serviços integrados para um cuidado continuado; 4) como integração vertical; 5) como integração da formulação política com a gestão possibilitando dar suporte aos diferentes serviços; e, 6) como integração intersetorial. (OMS, 2008a).

Kodner resume bem a questão: “A atenção integrada como um conceito é uma miscelânea imprecisa. Seus significados são tão diversos quanto os atores envolvidos numerosos.” (Kodner, 2009).

Apesar disso, é possível reconhecer semelhanças e pontos de convergência nestas estratégias, e são esses pontos em comum que permitem que agrupemos essas

diferentes estratégias de organização da atenção à saúde em um único tema — as redes de atenção à saúde. Portanto, não há um modelo ou estratégia únicos que traduzam o significado de redes de atenção à saúde, mas existem, sim, características comuns dentro deste amplo campo conceitual.

3.1.1 As Redes de Atenção à Saúde no Mundo

O Relatório Dawson (1920) publicado na Inglaterra é considerado a primeira produção científica que trata da organização de sistemas de saúde levando em consideração a regionalização e o contexto local. Incorpora no seu texto também o conceito de integralidade², e define que os centros de atenção primária seriam o lugar de primeiro contato do cidadão com o sistema de saúde. Coloca que a comunicação é ação indispensável entre os locais de atenção (referência e contrarreferência), e que se deve respeitar questões de escala e escopo para organização dos serviços especializados. Ainda hoje, pode-se dizer que o Relatório da década de 20 é contemporâneo, pois tratou de todos os temas e conceitos que hoje estão no debate para a constituição das redes de atenção à saúde, principalmente na América Latina (Dawson, 1964; Kuschnir; Chorny 2010).

O Relatório serviu de base para a organização do NHS (National Health Service), no Reino Unido, em 1948, e, como foi construído a partir dos princípios da universalidade, equidade, integralidade e regionalização, serviu de alicerce para o desenvolvimento de outros sistemas de saúde na Europa (Espanha, Itália, Países Nórdicos), no Canadá, e para a proposta de Sistemas Locais de Saúde (SILOS) feita pela OPAS em 1980 (Kuschnir; Chorny 2010).

Simultaneamente ao desenvolvimento dos sistemas universais na Europa, a organização da atenção à saúde nos Estados Unidos da América (EUA) também ocorreu; porém, baseou-se em seguros voluntários e em dois programas públicos (*Medicare*, de responsabilidade federal; e o *Medicaid*, de responsabilidade dos estados). Esta organização partia de uma lógica de mercado, e gerou atenção mais fragmentada que os sistemas universais.

² No relatório, a integralidade é representada pela integração entre os diferentes serviços, pela realização de ações individuais e coletivas pela APS e por serviços que tivessem ações preventiva, curativa e de reabilitação.

Durante as décadas de 70, 80 e 90 nos EUA, com a passagem do risco financeiro para os provedores, estes passaram a integrar os diversos serviços de provisão de cuidado e criaram subsistemas de saúde, com cuidado integrado. Shortell et al. estudaram as diversas experiências de integração vertical, observaram obstáculos à integração e propuseram estratégias de superar a fragmentação. É a partir destas estratégias que os autores propõem a definição de sistemas integrados de saúde exposta no início deste capítulo (Kuschnir; Chorny 2010; Mendes, 2011; Shortell et al., 1994).

Em paralelo aos estudos que identificaram as características que definiam os sistemas integrados, os americanos também propuseram outras estratégias de cuidado às pessoas com doenças crônicas, que podem ser identificadas no amplo campo da gestão clínica (gestão de caso, linhas de cuidado específicas, prontuários compartilhados, auditoria clínica) e no modelo de cuidado de crônicos, todas desenvolvidas nos subsistemas integrados. Os resultados da organização dos subsistemas integrados com as estratégias do campo da gestão clínica foram estudados, e concluiu-se que eram mais custo-efetivos e que poderiam trazer melhores resultados em saúde para as pessoas com doenças crônicas (Mendes, 2011).

Baseados nestas evidências, diversos países como Alemanha, Holanda, Espanha, França e Suécia, durante as reformas mais recentes dos sistemas nacionais de saúde, realizaram mudanças baseadas na experiência dos sistemas integrados de saúde americanos. As reformas contemporâneas trouxeram para o debate a integração e a coordenação do cuidado, como uma forma de propiciar melhor relação custo-efetividade e melhorar o cuidado das pessoas com doenças crônicas (Mendes, 2011).

Na América Latina, a constituição de redes de atenção à saúde ainda está incipiente. Existem experiências no Chile, no Brasil, na Costa Rica e na Colômbia, sendo que, no Chile, a experiência encontra-se mais consolidada. Em relação ao Brasil, trataremos mais profundamente do tema na próxima seção. A Costa Rica tem avançado na construção do sistema nacional de saúde baseado na APS, porém ainda tem fragilidades da organização da rede regionalizada (Conill et al., 2010; Mendes, 2011; Vázquez et al., 2009).

Neste sentido, a OPAS tem elaborado documentos importantes que tratam do tema, tornando-se bases teóricas para o debate local e apoiando a construção de políticas públicas voltadas para a conformação de redes de atenção à saúde. No documento “Redes Integradas de Serviços de Saúde: Conceitos, opções políticas e o roteiro para a sua implementação nas Américas”, os atuais desafios dos sistemas fragmentados são analisados, definindo-se a lista dos atributos das RAS, evidenciando o papel estruturante da atenção primária, e propondo instrumentos para a sua implantação na Américas (Mendes, 2011; OPAS, 2010).

Fica evidente que as redes de atenção à saúde tomam diferentes formas e possuem diferentes significados em cada sistema nacional, porém também é possível perceber, que, com a globalização, as influências que as experiências locais exercem uma nas outras é grande. Esses fatos propiciam a miscelânea conceitual em torno do termo “redes de atenção à saúde”, mas, também, permitem que o conceito e a operacionalização dele evoluam e possam qualificar a atenção à saúde.

3.1.2 As Redes de Atenção à Saúde no Brasil

No Brasil, o desenvolvimento das redes de atenção à saúde (RAS) e a regionalização do SUS são processos interdependentes. A necessidade de organizar a atenção à saúde na região, a fim de garantir a universalidade, a integralidade e a equidade no cuidado, impulsiona o avanço da regionalização ao mesmo tempo que as RAS seriam o produto “vivo” deste processo político de regionalização amadurecido.

Desde as décadas de 70 e 80, durante a concepção do Sistema Único de Saúde (SUS), a questão da regionalização, ou seja, de ter serviços regionais que fossem responsáveis por grande parte da integralidade do cuidado e estivessem de acordo com as características locais, já era debatida. Isso fica explícito na Constituição Federal de 88, que, no artigo 198, diz: “As Ações e serviços públicos de saúde integram uma **rede regionalizada** e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.” (Brasil, 1988).

Entretanto, a regionalização sempre esteve atrelada à questão da descentralização, que, no processo de construção do SUS, acabou propiciando mais a municipalização e a concorrência entre os municípios, em detrimento da construção

regional da atenção à saúde de forma mais cooperativa e integrada (Giovanella et al., 2012; Viana; Lima 2011).

Neste sentido, o país vem, desde a década de 90, através das diversas formas de normatização do SUS, tentando corrigir esta questão de a descentralização competir com o processo de regionalização e, por conseguinte, dificultar a construção das RAS. Isso fica mais claro quando olhamos o caminho da legislação brasileira em relação ao tema “redes de atenção à saúde” (Conill et al., 2010).

Cabe ressaltar que, além da evolução das normas, é preciso uma mudança cultural no país. Pois, neste momento, a gestão loco-regional é caracterizada pela competitividade de mercado entre os municípios. É preciso caminhar para a gestão cooperativa a fim de possibilitar a concretização das redes de atenção à saúde.

A Lei Orgânica da Saúde nº 8.080 (Brasil, 1990) reafirma a Constituição e avança definindo competências para estados e municípios em relação à criação de redes de saúde regionalizadas. A edição da Norma Operacional Básica do SUS em 96 (NOB 96), além de reafirmar a importância da regionalização, estabelece instrumentos para o planejamento regional e a conformação das RAS, e reforça a necessidade de cooperação técnica e financeira do Estado com os municípios (Brasil, 1996; Brasil, 1990).

Mas é apenas no início dos anos 2000 que a regionalização e a criação das RAS ganham mais força, através das Normas Operacionais da Assistência à Saúde de 2001 e 2002 e do Pacto pela Saúde em 2006 (Brasil, 2002, 2006). As NOAS estabeleceram estratégias de planejamento regional, a fim de promover maior equidade no acesso aos serviços de saúde e na alocação de recursos, e introduziram a concepção de micro/macrorregiões de saúde. É a primeira vez que uma concepção de região de saúde aparece na regulamentação do SUS (Giovanella et al., 2012).

Essas novas regulamentações não foram suficientes para o desenvolvimento das redes regionais de saúde, e, em 2006, o Pacto pela Saúde, buscou novamente fortalecer a regionalização, através da negociação e pactuação interfederativa, e propondo a redefinição de responsabilidades dos três entes gestores (Brasil, 2006; Silva, 2008).

O pacto enfatizou a necessidade de condução estadual no processo de regionalização, atualizou os instrumentos de planejamento trazidos pelas NOAS, e,

ainda, propôs instâncias de gestão colegiadas nas regiões de saúde, os chamados colegiados de gestão regional. Neste sentido, o pacto reforçou a necessidade de gestão cooperativa entre os municípios e os estados, para que as regiões de saúde possam se transformar em redes regionalizadas de atenção à saúde (Lavras, 2011).

No entanto, a operacionalização do pacto nos estados e municípios se deu de forma incompleta, pois o fortalecimento das Comissões Intergestoras Bipartites não avançou, os instrumentos de planejamento foram utilizados de forma muito heterogênea, o financiamento tripartite não foi consolidado, e os resultados esperados não foram alcançados (Silva, 2008).

Em 2010, através da Portaria nº 4.279, o Ministério da Saúde, volta a fortalecer a questão da regionalização e traz elementos novos: a importância da integração dos serviços e as diretrizes para a construção das RAS. Nesta Portaria, são definidas as diretrizes e os atributos para a organização das redes e, pela primeira vez, a Atenção Primária à Saúde é colocada como ordenadora e coordenadora do cuidado na RAS (Brasil, 2010).

Ela define que redes de atenção à saúde “são 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”.

Esta Portaria também indica no seu texto algumas estratégias de integração e de cuidado de pessoas com condições crônicas, criadas a partir das experiências americanas de subsistemas de cuidado integrado em saúde, o que também é uma novidade, pois as normas anteriores estavam fortemente pautadas no conceito mais europeu de redes de atenção à saúde e de regionalização.

O Decreto Presidencial nº 7.508 de 2011 (Brasil, 2011a), que regulamenta a Lei nº 8080, reforçou a regionalização, especificou o que são regiões de saúde, e instituiu instrumentos que facilitam a efetivação das RAS, são eles: o mapa da saúde; os contratos organizativos de ação pública; os planos de saúde e as comissões intergestoras, instituindo a governança regional e substituindo os colegiados de gestão regional pelas comissões intergestoras regionais (Giovannella et al., 2012). Como essa proposta ainda é muito recente, é precipitado fazer uma avaliação neste momento, mas, ela representa mais um passo em relação à construção das RAS.

Em paralelo ao avanço normativo federal, alguns estados e municípios desenvolveram experiências em relação à conformação de regiões e redes de atenção à saúde. Em sua revisão sobre o tema, Mendes destaca como exitosas as experiências de Ceará e Minas Gerais e as experiências municipais de Curitiba e Vitória (Mendes, 2011).

Desde o início de 2011, o Ministério da Saúde (MS) vem incentivando a conformação das redes, através de portarias que definem redes temáticas³, como a Rede Cegonha, que trata do ciclo pré-natal/parto/puerpério e do cuidado integral à criança nos primeiros anos de vida, e como a Rede de Urgência e Emergência. Contudo, as portarias que versam sobre as redes temáticas, pactuadas de forma tripartite, ainda não trazem grandes avanços nas questões relacionadas ao planejamento e ao financiamento regional. É importante destacar que redes temáticas não são sinônimo de redes de atenção à saúde, porém essas propostas (RAS e redes temáticas) tem pontos em comum, como a definição das responsabilidades dos pontos de atenção, ênfase no compartilhamento de informações e vínculo entre os serviços.

Além das dificuldades de se propor uma nova forma de financiamento e de planejamento regional, com maior incentivo à cooperação entre os entes federados, ainda existem muitas desigualdades regionais, relativas não só às questões da saúde (ao acesso e à integralidade das ações), mas relativas também ao desenvolvimento global das regiões. Fato que também dificulta a construção das RAS (Silva, 2008; Giovanella et al., 2012).

Isso agrega mais um fator complicador para as políticas públicas federais que devem ser flexíveis o suficiente para que possam tratar diversificadamente cada realidade/região do país, mas não tão flexíveis a ponto de impedir que se agreguem diretrizes para termos um sistema de saúde verdadeiramente único em todo o país.

Nestas quase três décadas de desenvolvimento do SUS, fica claro o necessário protagonismo dos municípios na ampliação do acesso. Entretanto, fica evidente também que, atualmente, é indispensável que os estados assumam, em parceria com os municípios e com o apoio da gestão federal, o protagonismo para o desenvolvimento das regiões e para a conformação das redes de atenção à saúde.

Retomando o que foi exposto no início desta seção, pode-se dizer que o apoio a estas duas estratégias — regionalização e organização de RAS — pode gerar um círculo virtuoso para a consolidação do SUS e para o desenvolvimento das diversas regiões do país.

3.2 O PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Desde o Relatório Dawson que o papel da Atenção Primária à Saúde (APS) está colocado como estruturante para a organização das redes regionalizadas de atenção à saúde. No seu apontamento nº 50, Dawson escreveu: “O centro primário seria a sede da organização de saúde”. No Relatório, a APS já era colocada como responsável por ser a porta de entrada para o restante dos serviços de saúde. Implicitamente, já é possível entender o seu papel de coordenadora do cuidado da sua população (Dawson, 1964).

Na Declaração de Alma Ata, em 1978, é afirmado que a atenção primária faz parte integrante dos sistemas de saúde, constitui função central, representa o primeiro nível de contato das pessoas com os sistemas nacionais, e é o primeiro elemento de assistência continuada. A declaração é reafirmada no documento de 2008 da Organização Mundial da Saúde intitulado “Atenção Primária, agora mais do que nunca” (OMS, 1978, 2008b).

Starfield definiu, em 1992, os atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, que são: acesso de primeiro contato para cada nova necessidade em saúde; integralidade (implica em cuidados que vão da prevenção à reabilitação, em responsabilização pela oferta de ações em outros serviços, e um olhar para a pessoa como um todo); longitudinalidade (cadastro da população e atenção orientada à pessoa ao longo do tempo, com relação de confiança mútua); e coordenação da atenção dentro do sistema. Além dos atributos essenciais, a autora agrega outros três: orientação familiar, comunitária e competência cultural. Analisando os atributos colocados por Starfield, já é possível perceber que a APS tem função estruturante na

³ Redes temáticas, neste caso, são caracterizadas pela organização da atenção através das RAS para subpopulações e temas específicos.

organização das redes de atenção à saúde, e, conseqüentemente, é primordial para sistemas de saúde (Starfield, 2002).

As evidências mostram que sistemas de saúde com APS forte, estruturante da RAS, estão associadas à maior equidade na atenção à saúde, tem melhor impacto em indicadores de saúde (ex.: taxa de baixo peso ao nascer, mortalidade por doença cardíaca, mortalidade por acidente vascular cerebral, expectativa de vida), e melhor uso dos recursos financeiros. A APS colabora com a *performance* global dos sistemas de saúde (Macinko, 2005; Starfield, 2012).

As evidências do melhor impacto da APS na saúde não estão mais restritas aos países industrializados. Há, hoje, evidências que confirmam o impacto positivo da APS para os países em desenvolvimento (Starfield, 2012).

Seis mecanismos podem ser atribuídos ao impacto da atenção primária nos resultados de um sistema de saúde: 1) melhor acesso aos serviços necessários; 2) melhor qualidade do cuidado; 3) maior foco na prevenção; 4) cuidado precoce; 5) o efeito cumulativo do acompanhamento pela APS; e, 6) o papel da atenção primária na prevenção quaternária⁴. (Barbara Starfield et al., 2005).

Quando analisamos criticamente os atributos das redes definidos pela OPAS (Quadro 1), fica mais evidente o papel estruturante da APS para a conformação das RAS, pois é através dela que muitos destes atributos são concretizados/operacionalizados. Neste sentido, destacam-se os seguintes atributos: 1 - território e população definida, com amplo conhecimento das necessidades de saúde da população; 3 - atenção primária com alta cobertura populacional, exercendo o papel de porta de entrada do sistema e resolutive; 5 - mecanismos de coordenação assistencial; 6 - atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade; 8 - ampla participação social; 9 - ação intersetorial; e, 12 - sistemas de informação integrado. (OPAS, 2010).

Este mesmo documento que define os atributos, afirma: “é importante que as redes de atenção à saúde tenham como característica indispensável uma atenção primária forte e estruturada, exercendo o papel de ordenadora e de porta de entrada

⁴ “Prevenção quaternária” foi definida como a detecção de indivíduos em risco de tratamento excessivo para protegê-los de novas intervenções médicas inapropriadas, e sugerir-lhes alternativas eticamente aceitáveis. (Norman e Tesser 2009)

prioritária das RAS e que seja responsável pela coordenação do cuidado individual.” (OPAS, 2010).

Mendes sugere que cabe à APS exercer três funções nas redes de atenção à saúde, quais sejam: resolutividade, comunicação e responsabilização. A **resolutividade** significa que ela deve ser resolutiva para atender aos problemas de saúde mais comuns da sua população. É esta função — **resolutividade** — somada ao atributo integralidade que legitimam a APS frente à sociedade. Ser o centro de comunicação da RAS representa conhecer e orientar os fluxos das pessoas, das suas informações e dos produtos pelos diferentes pontos da rede. Exercer a **responsabilização** implica ter vínculo com a população adscrita e com o território, e responder pela condição sanitária deles (Harzheim, 2011; Mendes, 2011).

Além dos autores e organismos internacionais citados, o Ministério da Saúde vem propondo uma série de marcos legais e conceituais em relação à Atenção Primária a Saúde e às redes de atenção à saúde, entre os quais se destacam: a Portaria nº 4.279 (2010), o Decreto nº 7.508 (2011), e a Política Nacional de Atenção Básica (os dois primeiros já descritos nas seções anteriores). (Brasil, 2012, 2010, 2011a)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) delimita quatro funções para a APS nas redes de atenção à saúde: 1) **ser base** (modalidade de serviço com maior grau de capilaridade, cuja participação no cuidado é sempre necessária); 2) **ser resolutiva** (resolver as necessidades de saúde mais comuns da população sobre sua responsabilidade); 3) **coordenar o cuidado** (ter responsabilidade pelo cuidado, organizar o fluxo do usuário na rede e realizar gestão do cuidado); e, 4) **ordenar as redes** (reconhecer as necessidades de saúde da população e organizá-las em relação aos outros pontos de atenção, contribuindo para que a programação de ações e serviços seja feita a partir das necessidades de saúde da população). Estas funções trazem a APS como nível de atenção, mas também a colocam em uma posição de organização das redes regionalizadas. (Brasil, 2012).

A portaria nº 4.279 estabeleceu como um dos atributos das redes: “uma atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multiprofissional, cobrindo toda a população, integrando e coordenando o cuidado e atendendo as necessidades de

saúde” (Brasil, 2010). O Decreto nº 7.508 destaca, em seu artigo 11, que o acesso universal e igualitário a ações e serviços será ordenado pela atenção primária (Brasil, 2011a).

Ante as questões colocadas, pode-se deduzir que a inserção da APS nas redes de atenção à saúde implica, necessariamente, a sua interpretação como estratégia de reordenamento do sistema de saúde. Isso significa superar as visões de atenção primária seletiva (programática e para populações vulneráveis) ou de mero nível de atenção, e passar a compreendê-la como uma forma de reorganizar todos os recursos do sistema para satisfazer às necessidades da população, o que torna a APS o elemento essencial para a construção das redes de atenção à saúde.

Para que a APS possa assumir esse papel estruturante, é preciso que alguns desafios sejam superados, tais como: ampliar a formação de profissionais especialistas em APS; melhorar distribuição e fixação de profissionais; estender a efetividade clínica das equipes, com educação permanente e adensamento tecnológico das Unidades Básicas de Saúde; ter sistemas de informação que facilitem a coordenação do cuidado; melhorar o equilíbrio entre a atenção de média e alta complexidade e a atenção primária à saúde; e aumentar substancialmente o financiamento para a APS. (Brasil, 2003).

3.3 POR QUE AVALIAR AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE?

A formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tem se mostrado como uma forma de organização de sistemas de saúde eficaz para responder a alguns dos desafios estruturais e epidemiológicos colocados para os países, trazendo melhores resultados para os indicadores e apoiando a sustentabilidades dos sistemas de saúde (Kodner, 2009; Mendes, 2008; OPAS, 2010).

Apesar dos benefícios na saúde e no desempenho dos sistemas nacionais já demonstrados pelo cuidado através da atenção primária, ela sozinha não pode garantir os resultados globais esperados dos sistemas de saúde, principalmente na questão da integralidade. Portanto, há necessidade de avaliar os outros pontos de

atenção, as estruturas de apoio e integração que conformam as redes, e ainda como todos esses elementos se integram (Starfield, 2012).

Além da necessidade de olhar para outras questões dos sistemas de saúde além da APS, um grupo de pesquisa canadense coloca que é necessário facilitar a comunicação sobre o tema, gerar novas hipóteses e desenvolver formas de avaliação no campo do cuidado integrado a fim de apoiar o desenvolvimento de políticas nesta área, que apresenta uma enorme diversidade conceitual e de estratégias de operacionalização (Kodner, 2009).

A falta de instrumentos validados e usados de forma sistemática para a avaliação dos impactos de sistemas integrados torna a questão da avaliação mais um desafio para o campo das redes de atenção à saúde. Além do imperativo de avaliação, existe a necessidade de estabelecer um consenso e deixar mais claro o significado de sistemas integrados, qual seria o conjunto de características que expressariam uma rede integrada, principalmente porque as expectativas são altas em relação a essa estratégia (Armitage et al., 2009).

Autores brasileiros também ressaltam a desordem semântica e metodológica que existe neste campo, e colocam que a avaliação a partir de conceitos que se compatibilizem pode apoiar a crescente política pública de implantação de redes (Conill et al., 2010).

Alguns pesquisadores debatem ainda que, antes de avaliarmos os impactos das redes de atenção à saúde, é importante saber como está a sua implantação, em que grau, e qual a sua “real” existência em relação ao modelo ideal. A definição de uma imagem-objetivo é indispensável para a avaliação das RAS. Questionam ainda quem deveria realizar esta avaliação, problematizando a necessidade do olhar da pessoa que usa o sistema de saúde para a avaliação da integração (Hartz; Contandriopoulos 2004).

Além desta necessidade de olhar para o todo, no caso do Brasil, pode-se dizer que avaliar as RAS pode ser um potente impulsionador para a consolidação da Atenção Primária à Saúde. Já que a credibilidade da APS ainda é uma questão em pauta, e tem sido um entrave para a sua implantação com a força que necessita para assumir não só o papel de ponto de atenção, mas também de eixo estruturante da organização das RAS.

Desta forma, avaliar as RAS pode diminuir a fragilidade da APS, pois será possível demonstrar que algumas das suas funções são interdependentes do desenvolvimento de outros pontos de atenção e da tomada de decisão em outras esferas do sistema. Instrumentos que avaliam apenas a APS são importantes para o seu desenvolvimento. Entretanto, podem, contraditoriamente, estimular uma visão desintegrada entre a APS e o restante do sistema de saúde, correndo o risco de penalizá-la por conta do não desenvolvimento de outras áreas (Conill et al., 2010).

Este tipo de avaliação das RAS poderá possibilitar uma visão mais holística sobre o sistema e sobre a coerência das decisões e estratégias adotadas para a implantação de políticas públicas em saúde.

Alguns estudos já assinalam os benefícios que as redes integradas podem trazer para os sistemas de saúde e para pessoas com alguns tipos de doenças crônicas (ex.: asma, saúde mental, diabetes). Além disso, apontam que o cuidado integrado em redes de atenção à saúde está associado a resultados positivos, incluindo a performance do sistema de forma global, melhores resultados clínicos e melhora da qualidade do cuidado e da satisfação do paciente. Contudo, ressaltam a necessidade de outros estudos que observem as diferentes estratégias de cuidado integrado e conformação de RAS (Hartz; Contandriopoulos 2004; Kodner, 2009; Mendes, 2011).

Conill et al. ressaltam a importância da avaliação especificamente dos elementos “integração” e “coordenação do cuidado” como informações importantes para a avaliação de sistemas de saúde orientados pela APS (Conill et al., 2010). Avaliar estes dois elementos significa analisar alguns atributos já colocados para as redes de atenção à saúde.

Seguindo o mesmo caminho que a avaliação da APS percorreu nos últimos 50 anos ao ter seus atributos definidos, construíram-se instrumentos para avaliação destes atributos e, a partir daí, possibilitou-se relacionar os resultados em saúde com o grau de desenvolvimento da APS em cada sistema de saúde. Definir atributos essenciais das RAS e criar instrumentos que avaliem cada um dos atributos e a totalidade deles poderá permitir: a avaliação desta estratégia nos resultados dos sistemas de saúde, a análise da “força” de cada atributo, e a crítica comparada das diferentes formas de implantação da estratégia, entre outras possibilidades (Armitage et al., 2009).

O Brasil estabeleceu um aparato normativo que embasa a regionalização e a construção das RAS, quando somado ao avanço na cobertura da APS no país, que, hoje, cobre 54% da população, considerando apenas a Estratégia Saúde da Família. Fica clara a necessidade de avaliação do estágio de desenvolvimento das redes e da consolidação dos seus atributos nas diversas regiões do país.

Portanto, propor um instrumento para avaliar o papel da APS nas redes de atenção à saúde significa, além de apoiar o desenvolvimento de mais produções científicas sobre o tema, ir ao encontro da necessidade de apoiar os gestores na consolidação da APS e das redes, permitindo comparar a evolução ao longo do tempo e possibilitando o planejamento para o desenvolvimento destas estratégias (Armitage et al., 2009; Mendes, 2011).

3.4 O QUE AVALIAR NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE?

Partindo-se da necessidade de avaliação que neste momento as RAS exigem e da análise dos atributos das redes e da interface destes atributos com as funções e responsabilidades da APS para a reestruturação do sistema. E considerando que seria inviável avaliar todos os atributos definidos para as RAS, devido ao tempo e ao tamanho excessivo que um instrumento com esse objetivo teria. Definiu-se, para fins deste projeto, que os principais atributos das RAS que expressam a necessidade citada são: a coordenação do cuidado individual e a ordenação da rede de atenção.

A descrição conceitual que será feita adiante deixará claro que esses dois atributos englobam em seus marcos conceituais outros atributos e também que eles pressupõem que outros atributos já estejam alcançados.

A partir da delimitação destes dois atributos, conceituar-se-ão abaixo os termos: coordenação do cuidado individual e ordenação das redes de atenção à saúde.

Coordenação é um conceito complexo que tem inter-relação com outros conceitos em saúde, mas podemos traduzi-la como uma organização deliberada de cuidado individual, centrada na pessoa, que possibilita principalmente integração e continuidade das várias ações de saúde prestadas nos diferentes serviços do sistema (McDonald, 2010).

A coordenação tem dois componentes básicos: a transferência ou o acesso à informação (sistemas informatizados, prontuários compartilhados eletrônicos ou não, sistemas de comunicação entre os pontos de atenção: discussão de casos, gestão da clínica, apoio matricial) e o reconhecimento das informações necessárias para o presente atendimento (continuidade dos profissionais, lista de problemas, classificação de riscos, lista de medicamentos em uso, exames solicitados, e etc.) (Starfield, 2002). Além de reconhecer quais informações são importantes para o cuidado, é preciso também conhecer e guiar o caminho que o usuário deve percorrer na RAS, para garantir um cuidado integral de qualidade.

A coordenação do cuidado individual como estratégia de cuidado, e não apenas como atributo na RAS, também é vista na literatura como uma habilidade essencial para que os profissionais de saúde cuidem de pacientes com doenças crônicas (Hofmarcher et al., 2007). Ela auxilia a equipe na prevenção quaternária, já que pode evitar a re-solicitação de exames, interações medicamentosas, diminuir erros e complicações. A coordenação é também importante economicamente, pois pode evitar gastos desnecessários, tanto para o sistema de saúde como para a própria pessoa.

Coordenar o cuidado implica também em garantir que o paciente receba em outros pontos de atenção o cuidado que necessita, englobando na sua concretização outros atributos como o acesso, a integralidade e a responsabilidade, propostos por Starfield e Mendes (Mendes, 2011; Starfield, 2002).

Em relação ao conceito de ordenação da rede, pressupõe-se que o planejamento de todas as ações e serviços que conformam as RAS seja estruturado e programado de acordo com as necessidades de saúde da população (OPAS, 2010).

Isso significa que é a partir da APS, ponto de atenção identificador da maior parte destas necessidades, que a gestão deve orientar o gasto dos recursos financeiros do sistema como um todo, programar os outros pontos de atenção, assim como organizar os fluxos das pessoas, dos produtos e das informações, nos diferentes pontos de cuidado (Mendes, 2011). Portanto, é a partir da APS que a rede será ordenada.

Para que a ordenação da rede seja possível, a APS deve, primeiramente, ser capaz de identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da sua

população adstrita. Esta identificação é realizada através do conhecimento do perfil demográfico, epidemiológico e socioambiental da população (diagnóstico de saúde, diagnóstico situacional), do conhecimento do território em que a população vive, do estudo de demanda por serviços e ações em saúde da população, e de outras ações que possibilitem o reconhecimento das necessidades de saúde.

Para que a ação de reconhecimento das necessidades de saúde aconteça para além do perfil epidemiológico, é preciso, dar acesso amplo e irrestrito, ter conhecimento longitudinal da população, ter vínculo e conhecimento da comunidade, ter integração intersetorial, registrar o cuidado, cadastrar a população, ter sistemas de informação, ter capacidade de reconhecer as demandas clínicas ou não, e de estratificar riscos e vulnerabilidades. Portanto, para efetivamente realizar a ordenação da RAS, é preciso antes concretizar alguns dos atributos da APS e das redes; ou seja, a ordenação implica passos anteriores.

Além de conhecer as necessidades de saúde, é preciso identificar, quantitativa e qualitativamente, as ações e serviços de saúde existentes na rede e reconhecer os fluxos para a utilização destes, para, assim, poder coordenar o caminho da população nos serviços da RAS.

Ambos os conceitos descritos potencializam a capacidade das redes de oferecer cuidado integral que responda a todas as necessidades de saúde de uma população, apoiando a APS na função de ser resolutiva.

Cabe à APS, ainda, cumprir outras duas funções nas RAS: ser centro de comunicação e ter responsabilização. Deste modo, tanto a coordenação do cuidado individual quanto a ordenação da rede podem também dar concretude a essas funções, já que a comunicação é parte essencial da coordenação do cuidado, e que decifrar e garantir as necessidades de saúde da população, ou seja, ter responsabilidade por um território e sua população, é o início da ordenação da rede.

Neste texto, optou-se por incluir a palavra “individual” após a expressão “coordenação do cuidado” com o objetivo de enfatizar que este conceito se refere a ações de cuidado da equipe para **um indivíduo**. Seguindo a mesma lógica, podemos ligar o conceito de “ordenação” com a organização mais macro da atenção à saúde.

O quadro abaixo (Quadro 2) relaciona os conceitos de coordenação do cuidado individual e ordenação das redes de atenção com os atributos das RAS

definidos pela OPAS, com os atributos da APS definidos por Starfield, com as funções da APS nas RAS definidas por Mendes (Mendes, 2011; OPAS, 2010; Starfield, 2002).

Quadro 2 - Síntese dos atributos das RAS, da APS e da função da APS nas RAS

Conceitos	Atributos das RAS (OPAS)	Atributos da APS (Starfield)	Função da APS nas RAS (Mendes)
Coordenação do cuidado individual na RAS	Primeiro nível multidisciplinar, que cobre toda a pop. É porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população. (atributo 3)	Acesso, primeiro contato Integralidade Coordenação da atenção	Responsabilidade Comunicação
	Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo de serviços de saúde. (atributo 5)	Coordenação da atenção Integralidade	Resolubilidade Responsabilidade Comunicação
Ordenação da rede de atenção à saúde	População e território definido, amplo conhecimento de suas necessidades de saúde e preferências nas questões de saúde que determinam a oferta de serviços (ordenação dos serviços). (atributo 1)	Cadastro de paciente e Longitudinalidade, atenção orientada à pessoa fornecida ao longo do tempo, Acesso, Primeiro contato	Responsabilidade
	Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com a decomposição dos dados por sexo, idade, lugar de residência, etnia. (atributo 12)	Cadastro de paciente e Longitudinalidade, atenção orientada à pessoa fornecida ao longo do tempo, Coordenação da atenção Acesso primeiro contato Integralidade	Responsabilidade Comunicação

Fonte: Autoria própria, 2013.

A partir dessa definição conceitual de coordenação do cuidado individual e de ordenação das redes de atenção à saúde, e da relação intrínseca que estes conceitos têm com os outros atributos das RAS e funções e atributos da APS, ficou clara para os pesquisadores a abrangência que estes conceitos possuem, e que, por isso, a avaliação deles significaria que outros atributos já haviam sido alcançados. Por isso, o projeto se propõe a avaliar apenas estes dois atributos.

3.5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O campo da avaliação em saúde é vasto; e, assim como o tema de redes de atenção à saúde, ele parte de distintas matrizes teóricas, podendo percorrer caminhos diversos (Novaes, 2000).

O conceito de avaliação está relacionado a uma “valoração”, ou seja, dar valor a algo. O dicionário Houaiss define “avaliação” como: estabelecer valor ou preço; pensar ou determinar qualidade (Houaiss; Villar 2009).

A avaliação pode ser vista como um processo mais amplo que dar valor; pode ser descrita como uma prática social de participação que tem como objetivo provocar reflexão, mudanças e aprendizagem. Também pode ser conceituada a partir de um caráter ético, como a análise de algo a fim de evidenciar como a aplicação de recursos está acontecendo e qual impacto tem gerado. Significa também classificar, estimar ou julgar algo de forma crítica através de um processo sistemático (Bosi; Mercado 2006; Brasil, 2007; Silvia; Yves 2006).

Felisberto ressaltou que a avaliação só tem sentido quando o conhecimento gerado por esta, leva ao aprimoramento institucional e profissional. E que este valor gerado pela avaliação pode ser um dos pilares para que esta seja institucionalizada. Além de ressaltar a questão de gerar valor, o autor vê a avaliação como um processo que pode provocar a aproximação da academia/pesquisa com a gestão/serviço (Felisberto, 2006).

Takeda e Talbot vão além e trazem a avaliação como uma questão de responsabilidade institucional, e atrelam o desenvolvimento do SUS à capacidade de avaliação que os seus atores desenvolverão (Silvia; Yves 2006).

3.5.1 Por que avaliar políticas públicas de saúde?

A avaliação das políticas públicas, dos serviços e ações de saúde se tornou mais frequente depois da Segunda Guerra Mundial, principalmente na Europa, devido ao grande investimento em políticas voltadas para o bem-estar social.

Nas últimas décadas, a crise vivida pelos sistemas de saúde, relacionada principalmente ao financiamento das ações em saúde e também aos resultados não condizentes com as necessidades de saúde, tem levado os financiadores dos sistemas (estados, empresas privadas e os próprios usuários) a solicitarem a ampliação da

transparência e da prestação de contas, a fim de otimizar o uso dos recursos. A avaliação em saúde é uma das ferramentas para dar as respostas solicitadas (Contandriopoulos, 2006; Habicht et al., 1999).

Outra questão que pode ser considerada como impulsionadora de processos avaliativos de serviços de saúde é o movimento da medicina baseada em evidências, que se expandiu para além das questões clínicas (assistenciais) e passou a subsidiar também as tomadas de decisão relacionadas à gestão e às políticas de saúde (Gray, 2009).

Avaliar é preciso para demonstrar como as políticas públicas, como a organização dos serviços e como as ações de assistência podem influenciar o estado de saúde de uma população (Starfield, 2005).

Além de medir o impacto, a avaliação pode proporcionar outros produtos/benefícios: produz informação para tomada de decisão, para a mudança de rumos; possibilita a comparação entre serviços, países, ações (ranqueamento) e acompanhamento ao longo do tempo; e também permite prestar contas com transparência e melhorar a qualidade (Felisberto, 2006; Habicht et al., 1999; Novaes, 2000; Silva; Formigli 1994; Starfield, 2005).

No Brasil, a partir da década de 90, a avaliação em saúde teve um aumento. Isto se deve a alguns fatores: a mudança do papel do Estado, que passa a ser mais formulador e financiador de políticas; a exigência de análise dos investimentos e o maior controle social; e a entrada das organizações não governamentais e da iniciativa privada como prestadores de serviços públicos (Bosi; Mercado, 2006).

No início dos anos 2000, aconteceram alguns movimentos na Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, direcionados à institucionalização da avaliação, como, por exemplo, o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde e Avaliação (PNASS) e a Avaliação e Melhoria da Qualidade da Atenção Básica (AMQ). Entretanto, estes programas não se tornaram suficientemente sustentáveis e não foram institucionalizados. Nos últimos dois anos (2011/12), este movimento vem ganhando mais força na atenção básica, através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade, que, pela primeira vez, relaciona o financiamento federal com a avaliação da qualidade.

Contudo, a institucionalização da lógica avaliativa ainda não atingiu o cotidiano de todas as instâncias que tomam decisões (desde os profissionais responsáveis pela atenção propriamente dita em qualquer ponto de atenção do SUS até os diversos níveis de gestão). (Contandriopoulos, 2006; Felisberto, 2006; Novaes, 2000).

Neste sentido, seria importante que houvesse políticas públicas que apoiassem a institucionalização da avaliação. Isso significa definir e publicar diretrizes e manuais para avaliação no SUS que auxiliem os gestores neste processo, ofertar instrumentos (para avaliar atributos, para autoavaliação), assim como garantir recursos financeiros para este processo.

Dois outros pontos são essenciais para fortalecer a avaliação nos serviços de saúde: um deles é a construção da capacidade avaliativa dos recursos humanos da saúde; o outro é dar vigor para que o monitoramento e a avaliação sejam subsídios intrínsecos da formulação de políticas públicas e do planejamento em saúde, tanto no ambiente da atenção como no da gestão.

3.5.2 Formas e Métodos de avaliação em saúde

Gray coloca no primeiro capítulo do livro *Evidence-Based Healthcare and Public Health* que as decisões tendem a ser tomadas a partir de três fatores — evidências, valores da sociedade, recursos e necessidades —, e ressalta que, a cada dia, o uso das evidências para a tomada de decisão baseadas no referencial teórico da epidemiologia vem se tornando mais forte (Gray, 2009).

Hartz ressalta que o referencial epidemiológico não é o único para a pesquisa avaliativa e que outras matrizes teóricas (pesquisa social, antropológica e qualitativa) devem compor o processo de avaliação. Este ponto também é reforçado quando Minayo propõe a avaliação por triangulação de métodos (Bosi; Mercado 2006; Hartz, 1999).

A partir do referencial teórico da epidemiologia, alguns autores colocam que as avaliações podem se expressar através de indicadores, e que, em geral, estes indicadores estão relacionados ao acesso, utilização, cobertura e impacto (Habicht et al., 1999; Victora; Santos 2004). Os indicadores de acesso, utilização e cobertura podem ser medidos no início e no final da implantação da política ou da intervenção,

porém o impacto só pode ser medido no final, se possível, com uma linha de base anterior ao programa.

Além dos indicadores, a pesquisa avaliativa com referencial epidemiológico pode produzir o grau de inferência (relação de causalidade) entre a política e os seus resultados.

Segundo Habicht et al., a inferência pode ser dividida em três tipos: adequação, plausibilidade e probabilidade. A inferência de adequação mede se os resultados ou mudanças esperados foram atingidos. Para isso, é necessário que os resultados e as mudanças esperados sejam previamente definidos; ou seja, que haja definição de metas e padrões no início da implantação. A inferência da plausibilidade tem o objetivo de evidenciar, e, se possível, de excluir os fatores de confusão da análise avaliativa. Já a inferência de probabilidade usa de testes estatísticos para evidenciar relação de causa e efeito. O ideal seria que, no desenho desta pesquisa, ocorresse randomização no início da intervenção, o que em geral não ocorre em políticas públicas (cenários reais). Portanto, a avaliação de probabilidade é algo complexo de se realizar na avaliação de políticas públicas (Habicht et al., 1999).

Além disso, o processo avaliativo pode ser dividido em dois tipos: avaliação somativa e avaliação formativa. A avaliação somativa é feita no fim do processo de implantação de uma nova ação, serviço ou programa de saúde; já a formativa é feita durante o processo de implantação. Esta última permite que redirecionamentos e adequações sejam feitas no percurso da implantação.

Partindo da clássica divisão proposta por Donabedian para a avaliação da qualidade, que divide o foco da avaliação em três objetos — estrutura, processo e resultados —, é possível dizer que a avaliação somativa foca nos resultados e pode buscar relação de causalidade; e a formativa, mais na estrutura e nos processos. Entende-se por “estrutura” as condições físicas, os recursos humanos e a organização em que o cuidado acontece. Por “processo” compreende-se a relação entre o prestador e a pessoa e as ações que decorrem desta relação; sendo algo mais dinâmico e relacional. Já o “resultado” é o produto final do cuidado em saúde. Com melhor estrutura, a tendência é ter um melhor processo, e, portanto, atingir melhor resultado (Donabedian, 1988).

O autor salienta ainda que a qualidade não é algo abstrato, que ela deve ser

definida para que se tenha um ponto de partida, e define sete pilares para a avaliação da qualidade: eficácia (resultado do cuidado a partir das melhores condições); efetividade (resultado do cuidado em uma situação real); eficiência (faz relação entre benefício e custo); otimização (conceito que relativiza o custo em relação ao benefício e traz o ponto de vista do paciente); aceitabilidade (trata do quanto o processo de cuidado vai ao encontro das expectativas, necessidades e valores da pessoa); legitimidade (amplia o conceito de aceitabilidade para a sociedade, o cuidado indo ao encontro da cultura social); e, por fim, equidade (conceito semelhante à diretriz do SUS, distribuição justa do cuidado de acordo com a diversidade). (Donabedian, 1990).

3.5.3 O uso de instrumentos para a avaliação em Saúde

O uso de instrumentos para avaliar aspectos de uma política, um serviço ou uma ação em saúde em avaliações quantitativas com referencial epidemiológico deve-se à possibilidade de quantificar, medir e replicar que essa forma de avaliação carrega em si.

Os itens que compõem o instrumento para a apreensão do objeto de pesquisa podem focalizar questões relacionadas à estrutura, ao processo, e até as questões que permeiam os resultados. Os instrumentos podem ser usados apenas para momento de pesquisas, mas também podem ser transformados em instrumentos de monitoramento para a gestão e o cuidado (Novaes, 2000).

Starfield coloca que a construção de instrumentos tem sido dificultada pela falta de consenso teórico sobre os padrões de referências adequados. Além da falta de padrões, há divergências em relação ao que deve ser medido e qual a importância relativa que deve ser atribuída a diferentes aspectos (Starfield, 2005).

Conill et al. destacam a escassez de instrumentos que facilitem o monitoramento e a avaliação das RAS, e definem que um dos desafios a ser enfrentados é o de criar instrumentos que possam ser ao mesmo tempo abrangentes, ágeis e operacionais, aproximando-os das necessidades da gestão. Relacionam a escassez de instrumentos com a fragilidade na definição de competências e atributos esperados das redes de atenção à saúde (Conill et al., 2010).

O uso de instrumentos para avaliar o grau de extensão dos atributos das RAS poder ser um momento intermediário para que no futuro se possa avaliar de forma mais precisa o impacto da organização das RAS, com as suas diversidades, na saúde da população, bem como comparar o impacto desses diferentes modos ou graus de implantação das redes.

Na revisão de literatura realizada, não foi possível identificar instrumentos validados que fossem ao encontro da definição de redes de atenção à saúde que o Brasil vem trabalhando, e que foi definida como referencial de RAS para este projeto.

A ausência de instrumentos validados somada ao contexto atual do sistema de saúde brasileiro deixa evidente a necessidade de produção de metodologias e instrumentos para avaliar o estágio de desenvolvimento das redes de atenção à saúde, e, conseqüentemente, o grau de consolidação dos seus atributos.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Propor questões/itens para um instrumento que possibilite, por meio de sua aplicação aos gestores e aos profissionais de saúde do SUS no Brasil, a avaliação da presença e extensão do grau de coordenação do cuidado individual e de ordenação das redes de atenção à saúde pela Atenção Primária a Saúde.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Revisar a literatura a fim de identificar instrumentos, atributos e conceitos que possam conter itens e definições que contribuam para a composição de um instrumento de avaliação do papel coordenador e ordenador da Atenção Primária nas redes de atenção à saúde.

Propor e consensualizar um conjunto de itens/questões que possam compor o instrumento para a avaliação das redes de atenção à saúde em relação aos atributos “coordenação do cuidado individual” e “ordenação da RAS” pela Atenção Primária a Saúde.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care* 2009;9(Jun):e82.

Assis MM, Cerqueira EM, Nascimento MA, dos Santos AM, de Jesus WL. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. *Revista APS* 2007;10(2):189-199.

Bodenheimer T. Coordinating care — a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med* 2008;358(10).

Bosi MLM, Mercado FJ. *Avaliação Qualitativa de Programas de Saúde - Enfoques Emergentes*. Petrópolis: Vozes; 2006.

Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília; 1990.

Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB- SUS 96. Brasília; 1996.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM n.º 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. 2. ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 108 p. (A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-0516-2 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 72 p. (B. Textos básicos de saúde).

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. 76 p. (A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-0960-5

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais. Brasília: CONASS; 2007. 262 p.

Brasil. Portaria Ministério da Saúde nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da União; 30 dez. 2010.

Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, 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; 28 jun. 2011a.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde – PNS : 2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b. 114 p. (B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1859-2

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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde; 2011c. 148 p. (B. Textos Básicos de Saúde). ISBN 978-85-334-1831-8

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. 110 p. (E. Legislação em Saúde). ISBN 978-85-334-1939-1

Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de prática de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. 411p. (Saúde em Debate 190).

Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciêns Saúde Colet* 2006;11(3):705-711.

Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2010;10(1):515-527.

Davies GP, Roland M, Harris M, Perkins D, Williams A, Larsen K, McDonald J. *Coordination of care within primary health care and with other sectors: a systematic review*. Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine, UNSW; 2006.

Dawson B. *Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1964.

Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? *JAMA* 1988;260:1743-8.

Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114(11):1115-8.

Felisberto E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. *Ciêñ Saúde Colet* 2006;11(3):533-563.

Fundação Oswaldo Cruz et al. *A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República; 2012. 323 p. ISBN: 978-85-8110-001-2

Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC et al., organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. 1100 p

Gray JAM. *Evidence-based health care and public health: how to make decisions about health services and public health*. 3rd ed. London: Churchill Livingstone; 2009.

Habicht JP, Victora CG, Vaughan JP. Evaluation designs for adequacy, plausibility and probability of public health programme performance and impact. *Int J Epidemiol* 1999;28:10-18

Hartz Z, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Púb* 2004;20(2):5331-5336.

Hartz ZM de A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. *Ciêñ & Saúde Colet* 1999;4(2):341-353.

Harzheim, E, coordenador. *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde/Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 137 p. ISBN: 978-85-7967-066-4

Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. *Improved health system performance through better care coordination*. Paris, France: Organization for Economic Cooperation and Development, 12th December 2007. (OECD Health Working Paper 30).

Houaiss A, Villar M de S. *Minidicionário Houaiss da Língua Portuguesa*. Instituto Antonio Houaiss de Lexografia e Banco de dados da Língua Portuguesa S/C Ltda. 3.ed. rev. e aum. Rio de Janeiro: Objetiva; 2009.

Kodner DL, editor. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly* 2009;13(Special issue):6-15.

- Kuschnir R, Chorny, A. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciênc & Saúde Colet* 2010;15(5):2307-2316.
- Lavras C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde Soc* 2011;20(4):867-874.
- Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das normas operacionais básicas. *Ciênc & Saúde Colet* 2001;6(2):269-291.
- Lloyd J, Wait S. *Integrated care: a guide for policymakers*. London: Alliance for Health and the future; 2005.
- Macinko J, Starfield B, Shi L. Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly* 2005;83(3):457-502.
- McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, Smith-Spangler C, Brustrom J, and Malcolm E. *Care coordination atlas version 3*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.
- Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Rev Med Minas Gerais* 2008;18(4):3-11.
- Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
- Norman AH, Tesser CD. Prevenção quaternária na atenção primária à saúde: uma necessidade do Sistema Único de Saúde. *Cad Saúde Públ* set 2009;25(9):2012-2020.
- Novaes HMD. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Rev Saúde Públ* 2000; 34(5):547-59
- Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados Inovadores para condições crônicas componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília: WHO; 2003.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). World Health Organization (WHO). *Integrated health services — what and why?* Technical Brief nº1. Geneva: WHO; 2008a:1-8.
- Organização Mundial de Saúde (OMS). World Health Organization (WHO). *The world health report 2008: primary health care now more than ever*. Geneva: WHO; 2008b.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) World Health Organization - WHO. Declaration of Alma-Ata: international conference on primary health care. Geneva: World Health Organization; 1978.
- Organización Panamericana de la Salud (OPAS). *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las*

américas. Washington, DC: OPAS; 2010. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas 4).

Pereira IB, Lima, JCF. *Dicionário da educação profissional em saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: EPSJV; 2008. 478 p.

Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs* 2011;30(12).

Shortell SM, Gillies RR, Anderson, DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs* 1994, 13(5):46-64.

Shortell SM, Gillies RR, Anderson, DA, Morgan EK, Mitchell JB. *Remaking health care in America: the evolution of organized delivery systems*. 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 2000.

Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. *Cad Saúde Púb* 1994 Jan/Mar ;10(1):80-91.

Silva SF, organizador. Redes de atenção à saúde no Sus: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde. Campinas: IDISA: CONASEMS; 2008. 202 p

Silvia T, Yves T. Avaliar, uma responsabilidade. *Ciê & Saúde Colet* 2006; 11(3):564-576.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. 726p.

Starfield B. Measurement of outcome: a proposed scheme. *The Milbank Quarterly* 2005;83(4):1-11.

Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS Report 2012. *Gac Sanit* 2012;26(1):20-26.

Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly* 2009; 13(Special Issue Oct):16-23.

Vázquez ML, Vargas I, Unger J, Mogollón A, Rejane M, Paepe P. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. *Rev Panam Salud Publica/Pam Am J Public Health* 2009;26(4):360-367.

Viana ALD, Lima LD, organizadoras. *Regionalização e relações federativas na política de saúde do Brasil*. Rio de Janeiro; 2011. 216p.

Victora, CG, Santos IS. Serviços de saúde: epidemiologia, pesquisa e avaliação. *Cad Saúde Pú* 2004;20(2):5337-5341.

6 ARTIGO

Proposta de questões/itens para um instrumento de avaliação da presença e extensão do grau de coordenação do cuidado individual e de ordenação das redes de atenção à saúde pela Atenção Primária à Saúde

Proposal of issues/items for an evaluation tool of the extent and presence of coordination of individual care and planning of Health Care networks by Primary Health Care

Patrícia Sampaio Chueiri

Erno Harzheim

Silvia Takeda

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS)

A ser enviado à revista Cadernos de Saúde Pública

INTRODUÇÃO

A formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tem se mostrado como uma forma eficaz de organização dos sistemas de saúde para responder a alguns dos atuais desafios estruturais e epidemiológicos destes sistemas.^{1,2,3,4,5} Entre estes desafios, destacam-se, transnacionalmente, o aumento importante da carga de doenças crônicas, relacionado ao envelhecimento populacional global e aos avanços tecnológicos na área da saúde, e a fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde. Em relação ao Brasil, somam-se ainda a oferta indiscriminada de ações e serviços, o desequilíbrio entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a atenção especializada (ambulatorial e hospitalar), o financiamento insuficiente, as iniquidades regionais e a formação profissional inapropriada.⁶

Acompanhando esse processo mundial, o Brasil rumou para a criação e o fortalecimento de redes de atenção à saúde (RAS). Em um primeiro momento, pautado pelas diretrizes constitucionais de descentralização e regionalização. Depois, avançando em um processo normativo apoiado na conformação de regiões de saúde e na definição de responsabilidades de cada esfera de gestão. Houve, porém, incipiente progresso na integração entre o planejamento e a execução das ações e serviços de saúde.^{7,8,9,10,11,12,13,3}

Além da regionalização e da descentralização, é importante que as redes de atenção à saúde tenham como característica indispensável uma atenção primária forte e estruturada, exercendo o papel de ordenação e de porta de entrada prioritária nas RAS, e que seja responsável pela coordenação do cuidado individual.⁵

A APS teve uma expansão exponencial no Brasil com a Estratégia Saúde da Família na década de noventa e início dos anos 2000, o que a tornou um marco das políticas de saúde no País.^{14,15} Contudo, a APS brasileira ainda enfrenta a necessidade de legitimação perante a sociedade e os gestores, tendo que superar um déficit de infraestrutura, de qualificação profissional e de ações (resolutividade), e, principalmente, fortalecer seu papel de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado individual.¹⁶

A importância de a APS assumir a responsabilidade pela ordenação da rede e pela coordenação do cuidado individual é justificada especialmente por dois fatos.

Um deles é a obrigatoriedade da organização das RAS ser realizada a partir das necessidades de saúde da população, e estas necessidades são principalmente identificadas pelos profissionais da APS. Pois é neste ponto de atenção, na APS, onde a população é cadastrada, acompanhada integralmente ao longo do tempo, e, se necessário, estratificada em relação a riscos e vulnerabilidades. É da APS a corresponsabilização pela população adscrita.^{5,17}

O outro fato é a hegemonia das doenças crônicas no perfil epidemiológico da população mundial e o cuidado diferenciado que estas doenças demandam.¹⁸ O fluxo necessário, para grande parte das pessoas com doenças crônicas, por diversos serviços de saúde, amplia a possibilidade de re-solicitação de exames, o risco de interações medicamentosas, a falta de comunicação entre os profissionais, a não corresponsabilização sobre o cuidado entre os diversos serviços, o que aumenta a chance de erros e complicações, e também eleva muito o custo do cuidado desses pacientes para o sistema de saúde e para o próprio paciente e a sua família.^{19,20,21} A coordenação do cuidado individual já é vista na literatura como uma ferramenta essencial para que os profissionais de saúde enfrentem os riscos apresentados acima.²⁰

O processo de organização das redes de atenção à saúde vem se dando de forma muito heterogênea nos sistemas de saúde pelo mundo afora, e pode-se dizer que parte das dificuldades de intercâmbio, análise e comparação dessas estratégias se deve à nomenclatura tão diversa e à amplitude de ações a que estas se referem.^{22,2,5} A fim de delimitar melhor esse campo conceitual, diversos autores e organismos internacionais têm proposto definições, características ou atributos que delimitem o conceito de redes de atenção à saúde.^{1,3,23,24}

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como serviços integrados ou redes de atenção à saúde: “gestão e prestação de serviços de saúde para que os usuários recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades ao longo do tempo e em diferentes níveis do sistema de saúde.”²³ Neste sentido, em 2010, a Organização Pan-Americana da Saúde propôs 14 atributos, divididos em 4 eixos para a caracterização das redes de atenção à saúde (Quadro 1).⁵ No quadro 2, é possível relacionar os atributos da OPAS com conceitos trazidos por Starfield e Mendes.^{3,25}

Apesar dos benefícios na saúde e no desempenho dos sistemas nacionais já demonstrados pelo cuidado realizado por meio de uma Atenção Primária à Saúde forte, ela sozinha não pode garantir os resultados globais esperados dos sistemas de saúde, principalmente na questão da integralidade. Portanto, há necessidade de avaliar os outros pontos de atenção, as estruturas de apoio e integração que conformam as redes, e, ainda, como todos esses elementos interagem.²⁵ Outros autores ressaltam a importância da avaliação especificamente dos elementos “integração” e “coordenação do cuidado” como informações importantes para a avaliação de sistemas de saúde orientados pela APS.²⁶

Atualmente, através de revisão da literatura sobre a avaliação de redes, não foi possível identificar um instrumento validado que possibilitasse medir a presença e o grau de consolidação dos atributos das RAS. A proposição de uma ferramenta para avaliar estes atributos nas RAS iria ao encontro da necessidade de apoiar os gestores na consolidação da APS e no avanço das redes que já estão implantadas nas diversas regiões do país, permitindo comparar a evolução destas ao longo do tempo e possibilitando planejar o seu desenvolvimento, e corrigir, em processo, os seus equívocos organizacionais.^{26,3}

Neste sentido, este artigo tem como objetivo propor questões/itens para um instrumento que possibilite, por meio de sua aplicação a gestores e profissionais de saúde no Brasil, a avaliação da presença e extensão do grau de coordenação do cuidado individual e do papel de ordenação das redes de atenção à saúde pela APS, a fim de apoiar a consolidação e o desenvolvimento das redes de atenção à saúde no país.

Metodologia

O projeto desenvolveu-se em duas etapas descritas separadamente abaixo.

Fase I

Foi composta, em um primeiro momento, pela revisão e avaliação crítica da literatura científica, seguido da construção de um primeiro modelo de instrumento de avaliação das redes de atenção à saúde, cujos itens possibilitassem a avaliação da

presença e extensão do grau de coordenação do cuidado individual e da ordenação das RAS pela APS.

A revisão da literatura foi efetuada através dos seguintes termos de busca: *integrated health care systems; care continuity; case management; integration of health care delivery; healthcare evaluation mechanisms*; redes de atenção à saúde; avaliação de redes de atenção à saúde; coordenação do cuidado; ordenação das redes de atenção à saúde; entre outros. A revisão foi realizada nas seguintes bases de dados: Medline, Pubmed e Scielo.

Após a definição dos artigos que seriam incluídos na revisão da literatura, e sua leitura crítica, construiu-se uma primeira versão do instrumento. Essa primeira versão foi avaliada por uma pesquisadora com expertise⁵ na área. Após a primeira avaliação, o instrumento foi revisto e finalizado, dando-se início à Fase II da metodologia.

Fase II

Nesta fase, realizou-se um estudo de busca de consenso por meio de delineamento do tipo Delphi. Este consiste na submissão iterativa de uma lista de itens temáticos a um grupo de experts, a fim de que este grupo alcance uma opinião consensual em relação a um conjunto de itens/conceitos/questões.²⁷

A população de pesquisa foi composta por um grupo de experts, que foram definidos através de indicações do Departamento de Atenção Básica e do Departamento de Articulação de Redes de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde Brasileiro, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, da Associação Brasileira de Enfermagem, do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e por pesquisadores com expertise na área. A recomendação de uma mesma pessoa por grupos diferentes foi tomada como um reconhecimento por pares da experiência desta pessoa com o tema.

⁵Mestre em epidemiologia, especializada em avaliação de serviços de atenção primária, com formação em práticas gerenciais nos serviços de saúde; foi pesquisadora na University of Toronto; e, atualmente, atua no Serviço de Saúde Comunitária - Complexo Hospitalar Conceição.

Os experts deviam representar os seguintes seguimentos: profissionais de saúde que estejam na atenção direta à população de diferentes pontos de atenção (n=10), gestores das três esferas de gestão (municipal, estadual e federal) (n=10) e professores/pesquisadores da academia/universidade (n=10). O grupo de experts esperado era de, no mínimo, 30 pessoas.

As indicações pelas instituições citadas acima foram realizadas a partir dos seguintes critérios:

- Serem profissionais de saúde da assistência (prática clínica), de todos os pontos de atenção à saúde, incluindo APS, ambulatórios especializados e alta complexidade/hospitais. Estes deveriam atuar nos seus serviços há, no mínimo, 2 anos seguidos;
- Serem profissionais da academia (docentes, pesquisadores, preceptores) que produzam conhecimento e ensinem na área da gestão, da APS ou de redes, há, pelo menos, 2 anos;
- Serem profissionais de uma das três esferas gestão do SUS, e, se possível, que estivessem envolvidos na gestão de redes e/ou da Atenção Primária à Saúde, e que tivessem experiência na função há, no mínimo, 2 anos.

Além dos critérios acima, recomendou-se que estes profissionais tivessem expertise (formação, experiência profissional, produção de conhecimento) na área da APS e/ou na área das redes de atenção à saúde, e, se possível, titulação (residência/especialização ou pós-graduação) em APS, Saúde Coletiva, Saúde Pública ou Gestão de Serviços de Saúde. Orientou-se, também, que as indicações considerassem as diversas regiões do país, com o objetivo de que o grupo fosse o mais representativo possível da realidade brasileira.

Após as indicações, a lista de experts sugeridos foi consolidada, e os convites foram feitos através de correio eletrônico. Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa receberam através do correio: uma apresentação do projeto; o cronograma das rodadas do Delphi; e o termo de consentimento livre esclarecido (este último deveria ser assinado e devolvido aos pesquisadores).

Foram estimadas 4 a 5 etapas do Delphi, chamadas de “rounds” ou rodadas,

para o consenso de todos os itens do instrumento. Cada rodada teria duração de 21 dias, incluindo o envio simultâneo por correio eletrônico do instrumento para o grupo de experts, o prazo de 15 dias para análise e devolutiva do grupo e o limite de 1 semana para o retorno pelos pesquisadores da nova versão do instrumento e do *feedback* estatístico e início da próxima rodada. As rodadas foram realizadas de forma individual e anônima. (Figura 1)

Esta devolutiva estatística possibilitava que o expert comparasse sua opinião (individual) com a opinião do grupo (coletivo). Assim, cada profissional pôde reavaliar suas opiniões em relação aos itens do instrumento, propiciando que a cada rodada o consenso em torno das questões do instrumento fosse aumentando e a estabilidade das respostas se tornasse mais presente.

Durante cada rodada, o expert deveria opinar em manter ou excluir cada um dos itens/questões. Apenas na primeira rodada, foi possível também que os experts adaptassem itens para melhor adequação em relação ao objetivo do instrumento ou sugerissem novos itens/questões de forma aberta, possibilitando a inclusão não identificada de outras questões ao instrumento.

Após cada “round” de avaliação individual, os pesquisadores realizaram avaliação estatística das respostas em relação a todos os itens do instrumento. As análises estatísticas foram realizadas através do software Excell®, e incluíram o percentual de experts que optavam por manter cada item no instrumento (grau de consenso), o percentual de experts que responderam as duas rodadas anteriores e que haviam mudado de opinião (estabilidade das respostas) e a opinião do próprio expert na rodada anterior. A devolutiva do instrumento com a análise estatística foi feita através de instrumentos individualizados para cada expert.

A avaliação estatística realizada entre a primeira e a segunda rodada não teve caráter eliminatório dos itens, pois pela metodologia há necessidade de estabilização das opiniões, o que exige, no mínimo, duas rodadas de avaliação sobre os mesmos itens. A análise da primeira rodada também incluiu uma ponderação em relação à inclusão dos novos itens sugeridos (esta decisão foi baseada na revisão de literatura realizada na Fase I do projeto). Após as análises, adequou-se a primeira versão do instrumento de acordo com a avaliação do grupo, o que levou à criação de uma segunda versão do instrumento.

Definiu-se como estabilidade nas respostas quando a oscilação da opinião do grupo em relação a cada item isoladamente fosse inferior a 10% entre duas rodadas consecutivas, e como alto grau de consenso quando o item apresentava mais de 90% de concordância em relação à inclusão do item/questão no instrumento, como grau de consenso intermediário quando a concordância entre os experts estava entre 60 e 90% e grau de consenso baixo quando esta ficava abaixo de 60%. Quando o item atingia estabilidade na resposta, observava-se o grau de consenso, se este era alto grau (>90%), esse item era excluído das rodas seguintes. Se não houvesse alto grau de consenso, ou seja, se houvesse grau de consenso intermediário (entre 60% e 90%) ou baixo (<60%), com estabilidade ou não na resposta o item era mantido por mais uma rodada, a fim de ampliar-se o grau de consenso. Se isso não ocorresse na próxima rodada, o item era excluído das rodadas seguintes.

O projeto foi aprovado em 10 de setembro de 2012 pelo Comitê de Ética da Universidade do Rio Grande do Sul, sob o número de Parecer 92.979.

Resultados e Discussão

Foram indicados para compor o grupo de experts do Delphi 50 profissionais; destes, 39 aceitaram participar do estudo. Os profissionais que representavam a gestão foram 21 (53,8%); os profissionais que representavam a assistência, 9 (23,1%); e os profissionais que representavam a academia/universidade 9 (23,1%). Do total de experts, 23 (59%) eram homens. O grupo apresentava, em média, 18,9 anos de formado. A maioria era médicos (n=26), seguido do profissional enfermeiro (n=5) e dos cirurgiões dentistas (n=4). 97,5% tinham especialização na área da saúde; e, ainda, 64% tinham realizado mestrado; 25,6% tinham doutorado; e 97,5% tinham algum tipo de produção acadêmica na área. Na média, apresentavam 12,5 anos de experiência em suas respectivas áreas (gestão, assistência ou academia/universidade); e, por fim, apenas 13 profissionais (33,4%) já haviam participado de um estudo do tipo Delphi. O perfil dos experts está descrito mais detalhadamente na Tabela 1.

O Delphi foi feito em quatro rodadas. Na primeira rodada, 100% (39) dos experts participantes responderam o instrumento; na segunda rodada, 38 experts

(97,5%) responderam; e, na terceira e quarta rodadas, 37 experts responderam (94,8%). Em média, 37 experts participaram das quatro rodadas.

O instrumento da primeira rodada, construído com base na revisão de literatura, era constituído de 58 questões, divididas em 5 dimensões: população; atenção primária à saúde; articulação entre os pontos de atenção; programação a partir das necessidades de saúde e conceitos; divulgação e compromissos da gestão. Em cada uma das dimensões, existiam itens (questões) relacionados tanto com o conceito de coordenação do cuidado quanto com o de ordenação da rede pela Atenção Primária à Saúde. Alguns itens perpassavam outros atributos das redes de atenção à saúde ou não estavam diretamente relacionados aos conceitos (objetos) desta pesquisa (“coordenação do cuidado” e “ordenação”), mas eram condições prévias e indispensáveis para a concretização dos conceitos a serem avaliados. Na segunda rodada, foram incluídas mais 11 questões novas e 18 (31%) questões foram adaptadas quanto à forma, por sugestões do grupo. Deste modo, a segunda versão do instrumento tinha 69 itens.

A primeira dimensão, relacionada à população e ao território, era composta de 8 questões iniciais, e foram acrescentadas mais duas novas após a primeira rodada, totalizando 10 questões. Destas, três (1, 3 e 8) atingiram, já na segunda rodada, estabilidade (mudança de opinião menor que 10% dos experts em duas rodadas) e grau de consenso alto (> 90% do grupo com opinião a favor da inclusão), o consenso relacionado à questão três é o que chama mais atenção, pois explicita a consolidação do papel da APS como principal porta de entrada do sistema. A questão 7, intimamente relacionada a questão 8, pois tratavam de conceitos de escala e escopo, atingiu estabilidade e grau de consenso alto na rodada seguinte (3^a). Na quarta rodada, duas questões atingiram estabilidade, uma com grau de consenso alto (5) e outra com grau de consenso intermediário (6), percentual de consenso entre 60 a 90%, ambas tratavam da adscrição populacional para a atenção especializada.

Do total de questões desta primeira dimensão (10), quatro se mantiveram instáveis até última rodada. Duas (2 e 8.1) tinham grau de consenso alto em relação à inclusão no instrumento, é possível relacionar a instabilidade delas com mudança positiva nas opiniões, ou seja em direção ao alto grau de consenso e estabilização das respostas. Além da direção positiva, ambas versavam sobre o território e a

população, a questão 2 interrogava se a população sobre responsabilidade da APS está numericamente definida e a 8.1 tratava do perfil (sócio-demográfico-epidemiológico) da população. As outras duas (4 e 8.2) tinham grau de consenso intermediário e abordavam o reconhecimento, pelas equipes de saúde, de suas funções e responsabilidades na RAS. Porém, apesar do consenso intermediário do grupo de experts, vários autores ressaltam a importância do conhecimento das suas responsabilidades e avaliação das performances das equipes para o desenvolvimento de sistemas de saúde.^{22,10,3,5,24} Diferentemente da opinião do grupo de experts, para os pesquisadores é manifesto a relevância destas perguntas, pois, somente a partir da avaliação do trabalho desenvolvido pelas equipes de saúde e do conhecimento das suas respectivas responsabilidades será possível avançar na melhoria do cuidado e no maior impacto nos indicadores de saúde.

A segunda dimensão, que abordava a APS, foi dividida em três subdimensões: **aspectos gerais**, com 3 questões; **aspectos relacionados à identificação das necessidades de saúde e integração com outros serviços da RAS**, com 16 itens; e, **sistemas de informação da APS**, com 5 itens. Após a primeira rodada, duas subdimensões tiveram o acréscimo de uma questão, totalizando 26 questões.

Destas 26, treze (50%) (9,13,16,18,19,21,22,27,28,29,30,31,32) tiveram logo na segunda rodada, estabilidade e grau de consenso alto para inclusão no instrumento. Todas as questões relacionadas à subdimensão sistemas de informação da APS estavam neste grupo, demonstrando o consenso entre os experts em relação à essencialidade dos sistemas de informação para estruturação das RAS. Vários autores também reforçam essa opinião, e apontam os sistemas de informação com importante papel para integração das ações e serviços da RAS.^{1,2,3,5,29} Para os pesquisadores os sistemas de informação também tem importância em relação aos diversos diagnósticos necessários para a organização das RAS. Neste grupo de alto consenso, já na segunda rodada, destaca-se também a questão 27, que aponta claramente o papel da APS na organização do restante da rede de atenção. As questões 9,13,16 e 19 que abordam a identificação das necessidades de saúde da população e as questões 18,21 e 22 que questionam como se dá integração da APS com o outros pontos de atenção, estão diretamente relacionadas com a coordenação do cuidado e

ordenação da rede, conceitos objetos do instrumento de avaliação em proposição na pesquisa.

Na 3^a rodada quatro questões da segunda dimensão (10,23,24,25), e na 4^a rodada duas questões (14 e 20) atingiram estabilidade e o alto grau de consenso. Deste grupo de alto consenso, realçam-se as questões 14 e 25, que abordam a definição e a revisão sistemática da carteira de serviços da APS, pela equipe em parceria com o gestor. Outras seis questões atingiram estabilidade na quarta rodada; porém, cinco delas (11,12,15,17,27.1) tinham grau de consenso intermediário em relação à inclusão do item, e um único item (11.1), que versava sobre o limite populacional por equipe de APS, teve grau de consenso baixo para inclusão (40,5%), atingindo critério de exclusão. Neste sentido, a revisão da literatura não apresenta critérios em relação a limites populacionais por equipe/médico; no entanto, muitos artigos colocam a orientação/exigência de que os serviços de APS devem ter uma população definida.^{3,5,10,24,29} Na visão dos pesquisadores o quantitativo populacional por equipe tem relação direta com a capacidade de resolutividade da equipe APS assim como com o grau de coordenação do cuidado, portanto é uma questão que apesar do baixo grau de consenso entre os experts deverá compor o instrumento de avaliação das RAS. Do grupo de consenso intermediário, as questões 12, 15 e 17 que tratavam mais objetivamente de princípios da APS (vínculo e longitudinalidade), chamam a atenção, pois abordam temas não diretamente relacionadas aos objetos do instrumento, mas que podem ser considerados pressupostos para consolidação da coordenação do cuidado e para ordenação da RAS de acordo com as necessidades de saúde da população. É possível aventar a possibilidade de baixo consenso por justamente tratarem mais diretamente de outros temas e não terem relação direta com o objetivo de avaliação do instrumento.

Nesta dimensão ainda, um único item (26), que tratava da autonomia da equipe em rever a sua carteira de ações e serviços, não atingiu estabilidade em relação à opinião dos experts, e na última rodada do Delphi, tinha apenas 59,4% de opiniões a favor da sua inclusão e com uma variação de mudança de opinião na terceira e quarta rodada de 21,6% e 13,9%, respectivamente. Nenhum artigo incluído na revisão da literatura trata especificamente a questão da autonomia profissional; entretanto, considera-se esse aspecto como importante, pois pode aumentar a

implicação da equipe com o trabalho, assim, para os pesquisadores essa questão apesar de ter critérios para ser excluída do instrumento, será mantida no instrumento final.

A terceira dimensão, que tratava da articulação entre os pontos de atenção, foi composta, na primeira rodada, de 16 questões; e, a partir da segunda rodada, teve o acréscimo de três itens. Do total de 19 itens, 9 atingiram estabilidade e grau de consenso alto logo na segunda rodada (33,35,37,38,40,41,42,45,46); exceto pelos itens 33, que abordava a APS com porta de entrada e o item 45, que questionava sobre organização de linhas de cuidado, todos os demais itens tratavam de perspectivas fundamentais para integração entre os diversos pontos de atenção, abordavam assim, um aspecto essencial para a coordenação do cuidado, evidenciado que incluir questionamentos sobre essa característica (integração) nas RAS, foi de fácil consenso pelo grupo o que vai de encontro aos diversos autores de referência para esta pesquisa.^{1,2,3,5,10,16,17,18,19,20,22,23,24,29}

Dois itens desta dimensão atingiram estabilidade apenas na terceira rodada; a questão 39, entretanto, teve grau de consenso intermediário (89,19%) para inclusão, apesar de tratar de mais uma perspectiva de integração, e a questão 44 teve grau de consenso alto, tratava da corresponsabilização compartilhada pelo cuidado. Na quarta rodada, 4 questões tiveram estabilidade; duas (36 e 41.1) com alto grau de consenso, também tratavam de aspectos da integração, e duas (38.1 e 46.3) com grau intermediário, a primeira abordava a interoperabilidade dos sistemas de informação e a segunda da possibilidade de agendamento pela própria equipe de APS exames e consultas em outros pontos de atenção.

Quatro questões, desta 3^a. dimensão, não atingiram estabilidade até a última rodada; uma com alto grau de consenso e tendendo para estabilização das respostas (43, abordava a integração), uma com grau de consenso intermediário (46.2) e duas (34 e 46.1) com grau de consenso baixo. As questões 46.2 e 46.1, que mexem com a divulgação e com conhecimento pelos serviços dos diversos fluxos na RAS, suscitaram a reflexão de que haveria necessidade de mais rodadas para que estas atingissem estabilidade; porém, decidiu-se parar o estudo Delphi na quarta rodada a fim de evitar a exaustão do grupo e a queda importante na participação dos experts nas rodadas seguintes.²⁷

Destas, ressalta-se a questão 34 (“No contexto de serviços suplementares ou privados: há incentivos para as pessoas usuárias adotarem a APS como porta de entrada da rede?”), que teve o grau de consenso mais baixo do estudo (27%), esse evento pode ter relação com o fato da amostra de experts ter apenas profissionais ligados ao sistema público. Porém diante da realidade do sistema de saúde brasileiro, que convive com os serviços privados, e da necessidade de qualificação deste setor, apesar da questão 34 não ter tido grau de consenso alto, considera-se importante a sua inclusão para que o instrumento possa ser utilizado nos diferentes cenários de atenção à saúde do país.²⁸

A quarta dimensão, sobre a programação da atenção a partir das necessidades de saúde, foi composta inicialmente por 7 questões, passando, na segunda rodada, para 10 questões. Três questões (47,48 e 53) tiveram estabilidade e grau de consenso alto logo na segunda rodada; as duas primeiras estavam claramente relacionadas à ordenação da RAS pela APS, ou seja, eram objetos diretos do instrumento de avaliação. Duas questões (50 e 51) atingiram a estabilidade na terceira rodada, com grau de consenso alto e intermediário, respectivamente, apesar de ambas abordarem a organização dos pontos de atenção e dos sistemas logísticos a partir das necessidades de saúde da população. Quatro questões atingiram estabilidade na 4^a rodada; duas com grau de consenso intermediário, a 52 que tratava especificamente da organização do transporte na rede e a 53.2, que abordava a regulação como apoio a gestão compartilhada e a educação permanente, pode-se refletir que ambas traziam assuntos complexos de forma muito resumida, o que pode explicar parte do consenso entre os experts ter sido apenas intermediário, há portanto, necessidade de revisão das questões.

E duas questões com grau de consenso baixo a questão 53.1 (59,4%) e a questão 53.3(54,6%), como tinham também estabilidade na resposta, preencheram critérios para exclusão do instrumento. Porém, ambas (53.1 e 53.3) versavam sobre a integração dos serviços para o diagnóstico das necessidades de saúde e para o planejamento, apesar de terem um caráter mais operacional (ex. Existem espaços comuns de planejamento?). Foram, portanto, consideradas pelos pesquisadores como essenciais para a consolidação da integração. Este ponto também é apontado por

outros autores como característica preciosa para os serviços de saúde se conformarem em rede.^{1,5,29}

Uma única questão desta dimensão (4^a) não teve estabilidade de opinião e apresentou grau de consenso intermediário (49 – abordava o diagnóstico compartilhado das necessidades de saúde da população), tendendo para maior grau de consenso se houvessem rodadas futuras.

A quinta e última dimensão, que tratava dos conceitos, da divulgação e do compromisso da gestão com a organização da RAS, iniciou o Delphi com 3 itens e avançou na segunda rodada para quatro. Os três primeiros itens (54,55 e 56) atingiram estabilidade e grau de consenso alto na segunda rodada; o primeiro tratava da publicação de documentos, o segundo e terceiro abordavam a ampla divulgação (para gestores e profissionais) e o conhecimento destes, a quarta e última questão incluída (56.1- focava a divulgação para população e profissionais) atingiu estas características na 3^a rodada. Esta foi a única dimensão em que todos os itens tiveram estabilidade e grau de consenso alto.

É importante referir que, para as questões 23, 44 e 50, optou-se por arredondar o grau de consenso na terceira rodada, que foi de 89,5% para 90%, considerando a estabilidade da opinião dos experts nas duas rodadas anteriores (de 5,6% e 5,4%, para a questão 23; de 2,9% e 5,4%, para a questão 44; e de 11,4% e 5,4%, para a questão 50). As questões 51 e 39, apesar de não terem atingido grau de consenso alto em duas rodadas consecutivas, foram retiradas da quarta rodada do Delphi por terem apresentado zero de mudança de opinião na terceira rodada.

É possível apreender que, do total de questões, apenas 10 (14,5%) não atingiram grau de estabilidade até a quarta e última rodada; quatro destas eram questões novas, incluídas a partir da segunda rodada, e a média de mudança de opinião dos experts para estas dez questões, da terceira para a quarta rodada, foi de 12,8%. Destas 10 questões, 3 tinham grau de consenso baixo em relação à inclusão (26, 34 e 46.1); quatro tinham grau intermediário (4, 8.2, 46.2 e 49); e três, alto grau de consenso (2, 8.1 e 43).

O resultado final das quatro rodadas foi um instrumento com 69 itens/questões. Destas, apenas 10 não chegaram à estabilidade de respostas. As 59 (85,5%) questões que atingiram a estabilidade podem ser divididas em um grupo de

44 itens (74,6%) que atingiram grau de consenso alto entre os experts; em um grupo de 12 itens (20,4%) que atingiram grau de consenso intermediário; e em um grupo de 3 itens (5%) que atingiram grau de consenso baixo. Mais detalhes sobre o comportamento de cada item podem ser observados na Tabela 2.

Considerações Finais

Ao final do Delphi, alcançou-se um instrumento cujas questões contemplavam as muitas dimensões dos atributos: coordenação do cuidado individual e ordenação das redes de atenção à saúde pela APS, em sua maioria com estabilidade na opinião dos experts e com grau de consenso alto.

A construção do instrumento apresentou algumas limitações. Parte destas limitações está ligada ao próprio tema “redes de atenção à saúde”, que não possui um termo descritor (*mesh*) para busca nas bases de dados, o que dificulta a revisão sistemática da literatura. Além disso, as diversas nomenclaturas relacionadas ao tema também foram um obstáculo para a avaliação integral do assunto.^{22,26,2,5} Outra questão que pode ser considerada uma restrição do tema é a sua autolimitação, por ser um objeto de pesquisa ainda recente.

A revisão de literatura realizada não se caracterizou por ser sistemática, e, portanto, não teve a pretensão de esgotar os temas relacionados ao artigo. Neste sentido, a diversificada composição do grupo de experts com representantes das áreas de gestão, assistência e academia, de quase todas as regiões do país (Sul, Sudeste, Nordeste e Centro-Oeste) e também de outros países, pode atenuar parte destas limitações.

Apesar da metodologia Delphi não prever a interação dos participantes e colocar este ponto como uma vantagem, pois impediria uma “contaminação” das opiniões, alguns experts expressaram que a interação poderia ter contribuído com as discussões e com o alcance de maior consenso.

O instrumento, fruto do resultado final da metodologia Delphi, não difere extremamente da versão inicial do instrumento, proposta pelos pesquisadores, apenas algumas questões foram revistas, apuradas e outras incluídas, houve pouca agregação de novos conteúdos. Assim, é possível expor que para esse tema, Redes de Atenção à

Saúde, o método Delphi teve também a função de legitimar para o meio acadêmico a proposta inicial feita pelos pesquisadores, consensuada e aperfeiçoada por experts no assunto.

O resultado final ainda não pode ser considerado um instrumento finalizado, pronto para ser aplicado aos possíveis públicos alvo (gestores, profissionais e usuários), há necessidade de novos estudos para dar sequência ao projeto, a fim de aprimorar o resultado alcançado.

É de extrema importância associar outras metodologias, qualitativas e quantitativas, com testes de validação do instrumento. Assim, no futuro, será possível ofertar um instrumento validado que permita a comparação dos diversos tipos de redes de atenção à saúde, e que, ainda, possibilite avaliar o impacto desta forma de organização das ações e serviços de saúde no estado de saúde da população.

Por fim, a construção desta proposta de questões/itens para um instrumento de avaliação das RAS a partir de dois atributos essenciais (coordenação do cuidado individual e ordenação das redes de atenção à saúde pela APS), tem por intuito central apoiar o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, principalmente nos aspectos da regionalização, da integralidade do cuidado e do fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, e colaborar com o campo de pesquisa de avaliação das RAS nos seus diversos enfoques e com avaliações mais sistêmicas dos serviços de saúde.

Quadro 1 - Atributos das Redes de Atenção à Saúde

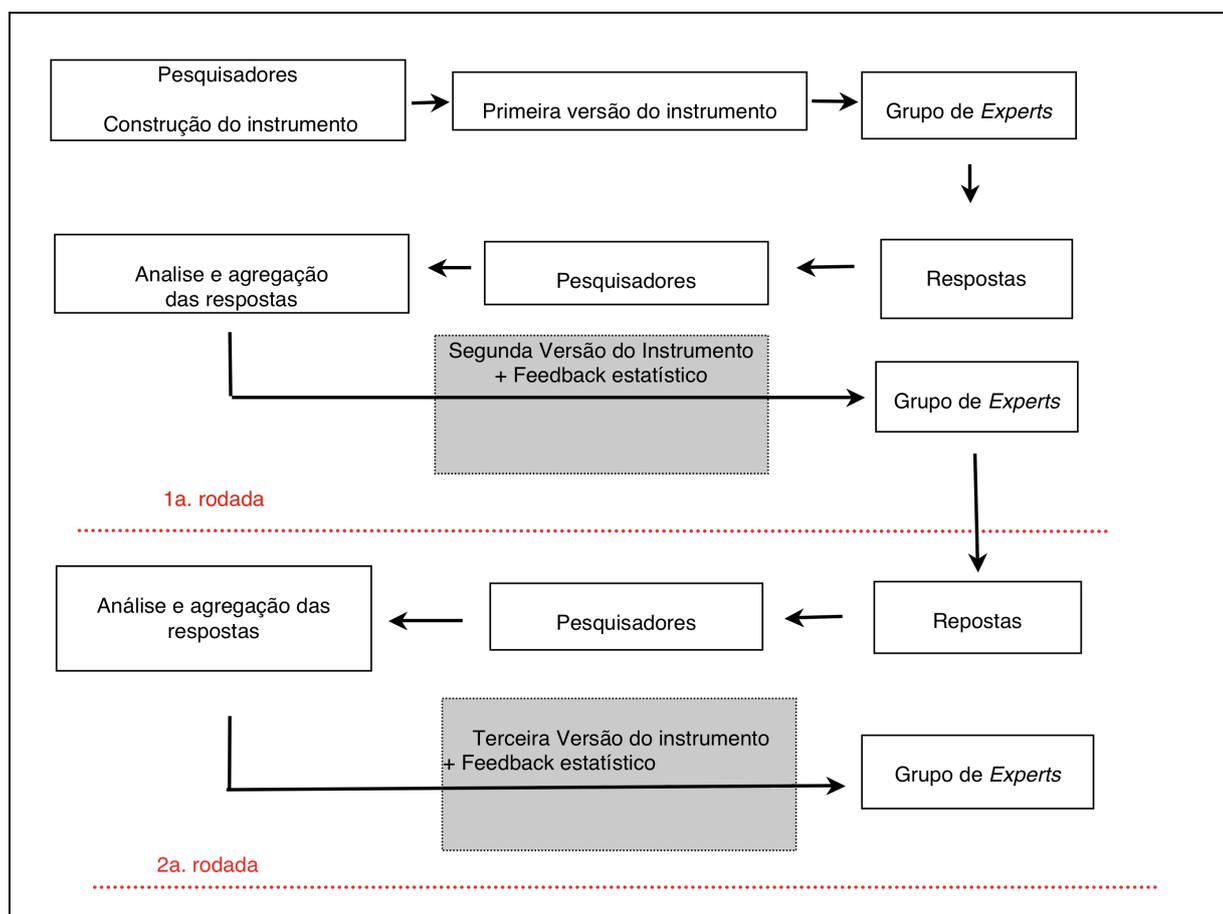
Eixo Modelo Assistencial
<i>Atributo 1</i> - Território e população definidos, com amplo conhecimento das necessidades e preferências em relação à saúde.
<i>Atributo 2</i> - Rede de serviços extensa, que presta cuidado integral.
<i>Atributo 3</i> - Atenção primária que cobre toda a população; está organizada em equipes multiprofissionais; que é a principal porta de entrada do sistema; é responsável pela coordenação do cuidado e é resolutiva, sendo capaz de resolver os principais problemas de saúde de sua população.
<i>Atributo 4</i> - Prestação de serviços especializados em lugares apropriados e preferencialmente em ambientes extra-hospitalares.
<i>Atributo 5</i> - Existência de mecanismos de coordenação assistencial em todos os serviços.
<i>Atributo 6</i> - Atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, levando em conta as particularidades culturais.
Eixo Governança e estratégia
<i>Atributo 7</i> - Sistema de governança único para todos os serviços.
<i>Atributo 8</i> - Participação social ampla.
<i>Atributo 9</i> - Ação Intersetorial e abordagem dos determinantes sociais da saúde e da equidade em saúde.
Eixo Organização e gestão
<i>Atributo 10</i> - Gestão integrada de apoio clínico, administrativo e logístico.
<i>Atributo 11</i> - Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados.
<i>Atributo 12</i> - Sistema de informação integrado que vincula todos os serviços da rede e que gera relatórios de acordo com as necessidades locais.
<i>Atributo 13</i> - Gestão baseada em resultados.
Eixo Alocação de recursos financeiros e incentivos
<i>Atributo 14</i> - Financiamento adequado e incentivos alinhados com as metas da rede.

Fonte: Adaptado de OPAS (OPAS, 2010).⁵

Quadro 2 - Síntese dos atributos das RAS, da APS e da função da APS nas RAS

Conceitos	Atributos das RAS (OPAS)	Atributos da APS (Starfield)	Função da APS na RAS (Mendes)
Coordenação do cuidado individual na RAS	Primeiro nível multidisciplinar, que cobre toda a pop. É porta de entrada ao sistema, que integra e coordena a saúde, além de satisfazer a maior parte das necessidades de saúde da população. (atributo 3)	Acesso primeiro contato Integralidade Coordenação da atenção	Responsabilidade Comunicação
	Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo de serviços de saúde. (atributo 5)	Coordenação da atenção Integralidade	Resolubilidade Responsabilidade Comunicação
Ordenação da rede de atenção à saúde	População e território definido, amplo conhecimento de suas necessidades de saúde e preferências nas questões de saúde que determinam a oferta de serviços (ordenação dos serviços). (atributo 1)	Cadastro de paciente e Longitudinalidade, atenção orientada à pessoa fornecida ao longo do tempo Acesso, Primeiro contato	Responsabilidade
	Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com a decomposição dos dados por sexo, idade, lugar de residência, etnia. (atributo 12)	Cadastro de paciente e Longitudinalidade, atenção orientada à pessoa fornecida ao longo do tempo Coordenação da atenção Acesso primeiro contato Integralidade	Responsabilidade Comunicação

Fonte: Autoria própria, 2013.

Figura 1 - Esquema ilustrativo da metodologia Delphi

Fonte: Adaptado de Fontanive (Fontanive, 2009).³⁰

Tabela 1 - Características sociodemográficas e de formação profissional dos experts participantes do Delphi, Porto Alegre, 2013

Variáveis	Profissionais da gestão n= 21 (53.8%)	Profissionais da assistência n= 9 (23.1%)	Profissionais da academia/universidade n= 9 (23.1%)	Total de Experts n= 39 (100%)
Características	n (%) / média (DP)			
Idade (anos)	44 (10,8)	37,2 (8,8)	49,3 (9,2)	43,7(10,6)
Sexo				
Feminino	10 (47,6 %)	0	6 (66,7%)	16 (41%)
Masculino	11 (52,4%)	9(100%)	3 (33,3%)	23 (59%)
Tempo de formação (anos)	19,5 (11)	11,7(7,7)	25,1(10)	18,9(10,9)
Categoria Profissional				
Assistente Social	1(4,8%)	-	-	1(2,6%)
Cirurgião Dentista	3 (14,3%)	-	1(11,1%)	4(10,2%)
Enfermeiro	4 (19%)	-	1(11,1%)	5 (12,8%)
Farmacêutico	-	-	1(11,1%)	1(2,6%)
Médico	12 (57,1%)	9(100%)	5 (55,6%)	26 (66,6%)
Pedagogo	1(4,8%)	-	-	1(2,6%)
Psicólogo	-	-	1(11,1%)	1(2,6%)
Especialização				
Sim	21(100%)	9 (100%)	8 (88,8%)	38 (97,5%)
Não	-	-	1(11,2%)	1(2,5%)
Área de Especialização				
Saúde da Família	4(19%)	-	1(11,2%)	5(13,2%)
Gerontologia	1(4,8%)	-	-	1 (2,6%)
Pneumologia	1(4,8%)	-	-	1 (2,6%)
Epidemiologia	2(9,5%)	-	-	2(5,2%)
Medicina de Família e Comunidade	4(19%)	8 (88,8%)	1(11,2%)	13 (34,3%)
Gestão / Planejamento	2(9,5%)	-	1(11,2%)	3(7,9%)
Liderança	1(4,8%)	-	-	1(2,6%)
Saúde Pública / Saúde Coletiva	5(23,8%)	-	4(44,5%)	9(23,7%)
Avaliação em Saúde	1(4,8%)	-	-	1 (2,6%)
Clínica Médica	-	1(11,2%)	-	1 (2,6%)
Metodologia de Ensino	-	-	1(11,2%)	1 (2,6%)
Tem mestrado				
Sim	13 (62%)	3 (33.3%)	9 (100%)	25 (64.1%)
Não	7 (33.3%)	6 (66.7%)	-	13 (33.3%)
Não respondeu	1(4,7%)	-	-	1(2,6%)
Tem doutorado				
Sim	4 (19%)	2 (22.2%)	4 (44.4%)	10 (25.6%)
Não	17 (81%)	7 (77.8%)	5 (55.6%)	29 (74.4%)
Campo de atuação				
Atenção básica	8 (38.1%)	-	-	8 (20,5%)
Atenção especializada (ambulatorial / hospitalar)	3 (14,3%)	-	-	3 (7,6%)
Vigilância	1(4,7%)	-	-	1(2,6%)
Educação Permanente / Professor / Preceptor / Coordenador de Ensino	1(4,7%)	4 (44,4%)	4 (44.4%)	9(23%)
Organismo Internacional	2 (9,6%)	-	-	2(5,2%)
Planejamento / Articulação	3 (14,3%)	-	-	3 (7,6%)
Consultor	2 (9,6%)	-	-	2(5,2%)
Secretário	1(4,7%)	-	-	1(2,6%)
Médico de equipe saúde da família	-	5 (55.6%)	-	5(12,8%)
Pesquisador	-	-	4 (44.4%)	4(10,2%)
Estudante	-	-	1(11.2%)	1(2,6%)
Nível de atuação				
Municipal	4 (19%)	-	Não se aplica	Não se aplica
Estadual	5 (23.8%)	-		
Federal	6 (28.6%)	-		
Serviço	3 (14.3%)	-		
Atenção básica	-	8 (88.9%)		
Atenção especializada (ambulatorial / hospitalar)	-	1(11.1%)		
Não se aplica	3 (14.3%)			
Tempo médio de trabalho na área (anos)	11,3 (7)	11,5 (7,7)	16 (13,21)	12,5(9)
Tem produção acadêmica				
Sim	20 (95.2%)	9 (100%)	9 (100%)	38 (97.5%)
Não	1(4,8%)	-	-	1(2,5%)
Já participou de um Estudo Delphi				
Sim	6 (28.6%)	2 (22.2%)	5 (55.5%)	13 (33.4%)
Não	15 (71.4%)	7 (77.8%)	4 (44.5%)	26 (66.6%)

Fonte: Autoria própria, 2013.

Tabela 2 - Percentual de consenso e de mudança de opinião dos experts quanto aos itens propostos para avaliar a coordenação do cuidado individual e a ordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária, Estudo Delphi, Porto Alegre, 2013

Número da questão	Questão / Item do instrumento	Primeira rodada	Segunda Rodada		Terceira Rodada		Quarta Rodada		
		Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodadas (primeira e segunda)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodadas (segunda e terceira)	Percentual de experts que optaram pela inclusão da questão (Posição do grupo)	Percentual de mudança de opinião dos experts que responderam as duas rodadas (terceira e quarta)	
Primeira Dimensão	q1	As regiões que compõem a RAS são organizadas a partir de bases territoriais?	97,30	100,00	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q2	Além da base territorial, a população sob responsabilidade da RAS está definida?	84,20	84,21	16,70	91,89	8,10	97,30	11,10
	q3	A população sob responsabilidade da RAS está toda adscrita a unidades de APS ?	97,37	94,59	2,90	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q4	A equipe da APS reconhece a sua responsabilidade pela população adscrita?	76,32	62,16	22,20	62,16	5,40	62,16	11,10
	q5	Os serviços especializados tem regiões de saúde definidas como de sua responsabilidade?	84,21	81,58	11,10	86,49	5,40	91,89	5,60
	q6	Há adscrição populacional para os outros pontos de atenção (serviços de saúde) especializada?	81,08	68,42	19,40	67,57	5,40	64,86	2,80
	q7	Os serviços especializados e suas respectivas populações foram definidos através de parâmetros de escala (considerando a oferta, a demanda e a qualidade)?	88,89	92,11	2,80	100,00	8,10	Excluída	Excluída
	q8	Os serviços especializados e suas respectivas populações foram definidos através de parâmetros de escopo (considerando demanda e necessidades semelhantes de infra estrutura e de profissionais)?	91,89	97,37	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q8_1	Há diagnóstico do perfil da população sob responsabilidade da RAS (perfil sócio-demográfico-epidemiológico)?	Questão nova	86,84	Não se aplica	89,19	8,10	91,89	13,90
	q8_2	A equipe de atenção especializada reconhece suas funções e responsabilidades na RAS ?	Questão nova	76,32	Não se aplica	69,44	13,50	67,57	11,10
Segunda Dimensão	q9	A APS realiza o cadastro das famílias e dos indivíduos sob sua responsabilidade independente da utilização desses pelo serviço?	100,00	97,37	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q10	A equipe de APS possui registros dos usuários segundo fatores de risco de adoecimento e por condições de saúde estabelecidas ?	89,19	97,37	8,30	97,30	0,00	Excluída	Excluída
	q11	Dentro dos registros de condições crônicas de saúde, há estratificação de cada grupo por risco?	83,33	81,58	14,30	86,11	8,10	88,89	2,80
	q11_1	A APS está organizada de forma a respeitar os limites de população por equipe estabelecida nas normativas nacionais?	Questão nova	57,14	Não se aplica	45,95	18,90	40,54	8,30
	q12	A identificação das necessidades de saúde é feita de forma sistematizada e permanente pela APS ?	81,08	71,05	8,30	72,22	5,40	72,97	2,80
	q13	A gestão apóia, instrumentaliza e acompanha a APS na utilização eficiente de dispositivos e mecanismos para a identificação das necessidades de saúde da população?	94,74	92,11	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q14	Os serviços de APS desta RAS usam informações para identificar as necessidades de saúde e definir assim que ações e serviços são necessários à comunidade que atende?	89,19	86,84	8,30	89,19	2,70	94,59	5,60
	q15	As pessoas usuárias e suas famílias tem confiança e usam regularmente os serviços de APS (existe um vínculo estreito e contínuo) ?	81,58	72,97	11,40	81,08	16,20	86,49	5,60
	q16	No serviço de saúde de APS, os usuários são na maioria das vezes atendidos pelo mesmo médico/enfermeira/ cirurgião dentista (equipe de APS) ?	94,74	94,74	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q17	Os serviços de APS conhecem o histórico de saúde completo de cada usuário?	78,95	71,05	13,90	72,97	2,70	72,97	0,00
q18	Os serviços de saúde de APS entregam todos os resultados dos exames complementares aos seus usuários?	97,37	97,37	5,60	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	
q19	Os prontuários estão disponíveis quando os serviços de APS atendem os usuários adscritos em seu território ?	100,00	100,00	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	
q20	O serviço de saúde de APS é responsável por marcar a consulta e/ou exames complementares na atenção especializada ?	86,84	86,84	11,10	89,19	2,70	91,89	2,80	

Segunda Dimensão	q21	Quando os profissionais da APS encaminham seus usuários, eles fornecem informação para levar ao especialista?	97,37	94,74	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q22	Os profissionais da APS têm conhecimento das consultas que seus usuários fazem a especialistas ou serviços especializados e do que foi abordado nela?	97,37	97,37	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q23	Os serviços de APS tem conhecimento caso seus usuários tivessem dificuldade de acesso a exames ou consultas com especialistas indicados pelos serviço de APS?	89,19	89,47	5,60	94,59	5,40	Excluída	Excluída
	q24	Os profissionais da APS usam instrumentos para integrar o cuidado recebido entre todos os pontos de atenção?	86,84	91,89	13,90	94,29	10,80	Excluída	Excluída
	q25	A equipe de APS e a gestão, após conhecerem as necessidades de saúde da sua população, revêm sistematicamente suas ofertas ou carteira de ações e serviços para a população ?	89,47	92,11	5,60	94,44	5,40	Excluída	Excluída
	q26	Se necessário a equipe tem autonomia para modificar/ampliar suas ofertas ou carteira de ações e serviços ?	84,21	71,05	16,70	69,44	21,60	59,46	13,90
	q27	A partir da identificação das necessidades de saúde mais frequentes, a equipe de APS é solicitada a apoiar a gestão para programar o restante das ações e serviços da RAS necessários para aquela população definida?	94,59	92,11	2,90	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q27_1	A equipe planeja seu aprendizado e incorporação de novas tecnologias a partir do levantamento de necessidades de saúde da população?	Questão nova	76,47	Não se aplica	77,78	21,60	70,27	8,30
	q28	A APS trabalha com sistemas de informação capazes de cadastrar toda a sua população ?	97,37	97,37	5,60	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q29	A APS trabalha com sistemas de informação capazes de registrar, acessar e disponibilizar informações clínicas ?	97,37	97,37	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q30	APS tem acesso a sistemas de informação para registrar e acessar informações epidemiológicas ?	100,00	97,37	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	Terceira Dimensão	q31	A APS trabalha com sistemas de informação suficientes para registrar, acessar e disponibilizar informações gerenciais?	97,37	94,74	2,80	Excluída	Excluída	Excluída
q32		Há integração dos diferentes sistemas de informação ?	94,74	94,59	5,70	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
q33		A referência (encaminhamento) da APS é um requisito para a maioria dos acessos eletivos aos outros pontos de atenção a saúde?	97,37	97,37	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
q34		No contexto de serviços suplementares ou privados : há incentivos para os usuários adotarem a APS como porta de entrada da rede?	68,42	48,65	19,40	40,54	10,80	27,03	11,10
q35		Há uma boa interação entre as equipes de APS e de atenção ambulatorial especializada através de: inter consultas, segunda opinião ou orientações rotineiras ou sessões clínicas conjuntas?	94,74	92,11	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
q36		Há uma boa interação entre as equipes de APS e de atenção hospitalar através de: inter consultas, segunda opinião ou orientações rotineiras ou sessões clínicas conjuntas?	86,84	86,84	11,10	91,89	5,40	94,59	2,80
q37		Existe alguma forma de comunicação utilizada e efetiva entre os hospitais e ambulatorios especializados e a APS?	94,59	94,74	5,70	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
q38		Existem sistemas de informação comuns a esses pontos de atenção?	94,74	92,11	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
q38_1		Se não são comuns, são inter operáveis, com troca de informações mínimas acontecendo entre os diversos sistemas?	86,11	78,95	11,10	83,33	10,80	83,33	0,00
q39		Os resultados de exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e outros podem ser visualizados por diversos pontos de atenção ?	92,11	89,47	2,80	89,19	0,00	Excluída	Excluída
q40	Há um prontuário eletrônico que integra as informações e é utilizado pela APS, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar ?	94,74	92,11	2,80	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída	

Terceira Dimensão	q41	É comum os serviços de APS receberem alguma notificação quando o usuário esteve em pontos de atenção de urgência e emergência ou teve internações de urgência ou eletivas ou teve alta hospitalar ?	94,74	94,74	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q41_1	Os serviços de APS recebem informações clínicas (eletrônica ou não) sobre o cuidado realizado nos pontos de atenção de urgência e emergência ?	92,11	89,19	2,90	94,44	10,80	94,59	2,80
	q42	Existem espaços (ex.: reuniões, debates, educação permanente) para a discussão conjunta das formas de relação e fluxos entre os pontos de atenção ?	94,74	97,37	8,30	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q43	Os serviços hospitalares e ambulatoriais especializados operam de forma integrada com a APS?	83,78	78,95	8,30	86,49	13,50	94,59	13,90
	q44	Há coresponsabilidade entre esses pontos de atenção ?	91,67	89,47	2,90	94,59	5,40	Excluída	Excluída
	q45	A região de saúde ou o município tem hoje definido linhas de cuidados para os problemas de saúde de maior frequência e transcendência na população sobre sua responsabilidade?	100,00	100,00	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q46	Há atividades de educação permanente conjunta dos diversos profissionais destes diferentes pontos de atenção ?	97,37	91,89	5,60	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q46_1	As informações relacionadas aos fluxos, referências e etc. estão amplamente disponíveis/divulgados?	Questão nova	71,05	Não se aplica	64,86	10,80	55,56	16,70
	q46_2	Os diferentes atores nos diversos pontos da rede tem conhecimento das informações relacionadas aos fluxos, referências?	Questão nova	67,57	Não se aplica	62,16	5,40	62,16	11,10
q46_3	Os serviços de APS tem formas de agendar diretamente as consultas especializadas ou exames solicitados?	Questão nova	75,68	Não se aplica	77,78	13,50	75,00	8,30	
Quarta Dimensão	q47	A gestão usa as informações da APS para programação financeira das redes de atenção a saúde ?	94,59	92,11	2,90	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q48	A gestão usa as informações da APS para programação da oferta de ações e serviços dos outros pontos de atenção?	100,00	100,00	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q49	A carteira de ofertas de ações e serviços da região é definida pelas necessidades de saúde encontradas pela APS complementadas pelas necessidades identificadas em outros pontos de atenção ?	89,19	81,58	8,60	83,00	5,40	89,19	13,90
	q50	A organização de serviços especializados é feita a partir das necessidades de saúde identificadas pela APS complementadas pelas necessidades identificadas em outros pontos de atenção?	94,59	89,47	11,40	91,67	5,40	Excluída	Excluída
	q51	Os sistemas de apoio diagnóstico e de assistência farmacêutica estão organizados de acordo com as necessidades de saúde de uma população ?	91,67	89,47	2,90	89,16	0,00	Excluída	Excluída
	q52	O transporte sanitário está organizado de acordo com as necessidades identificadas pelos diversos pontos de atenção ?	Questão nova	77,14	Não se aplica	83,78	10,80	86,11	8,30
	q53	Há sistemas que regulam o acesso, da maioria das ações e serviços, baseados nas necessidades de saúde e nos diferentes graus de risco ?	94,59	92,11	8,60	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q53_1	Existe um processo integrado de diagnóstico das necessidades de saúde da região? Isto significa integração da gestão , da APS e dos demais pontos de atenção para definição das necessidades de saúde da região.	Questão nova	65,79	Não se aplica	56,76	16,20	59,46	8,30
	q53_2	Os sistemas de regulação tem mecanismos que incentivam o aprendizado, a coresponsabilidade e a micro-regulação na APS?	Questão nova	75,68	Não se aplica	69,44	16,20	70,27	8,30
q53_3	A APS, os demais pontos da rede e a gestão têm um espaço comum de elaboração/ adequação de propostas de organização de serviços?	Questão nova	67,57	Não se aplica	58,33	16,20	54,05	8,30	
Quinta Dimensão	q54	Existem publicações oficiais onde estão claramente definidos os conceitos (a visão), os objetivos (a missão) e os valores das Redes de Atenção à Saúde ?	97,30	94,74	2,90	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q55	Há um modelo de atenção à saúde claramente definido ?	97,30	100,00	0,00	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q56	As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e estão alinhadas em relação aos objetivos da RAS ?	94,59	94,74	5,70	Excluída	Excluída	Excluída	Excluída
	q56_1	A conformação da RAS, com sua região, população, pontos de atenção com carteira de serviços e fluxos é amplamente divulgada para a população e para os profissionais?	Questão nova	94,59	Não se aplica	97,30	5,40	Excluída	Excluída

Fonte: Autoria própria, 2013.

REFERÊNCIAS

1. Hartz Z, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pùb* 2004;20(2):5331-5336.
2. Kodner DL, editor. All together now: a conceptual exploration of integrated care. *Healthcare Quarterly* 2009;13(Special issue):6-15.
3. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.
4. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Rev Med Minas Gerais* 2008;18(4):3-11.
5. Organización Panamericana de la Salud (OPAS). *Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las américas*. Washington, DC: OPAS; 2010. (La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas 4).
6. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde; 2003. 72 p. (B. Textos básicos de saúde).
7. Brasil. Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB- SUS 96. Brasília; 1996.
8. Brasil. Portaria Ministério da Saúde nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à saúde no âmbito do sistema único de saúde. Diário Oficial da União; 30 dez. 2010.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. Regionalização da Assistência à Saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM nº 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. 2. ed. revista e atualizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. 108 p. (A. Normas e Manuais Técnicos). ISBN 85-334-0516-2 1.
10. Silva SF, organizador. *Redes de atenção à saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações e serviços de saúde*. Campinas: IDISA: CONASEMS; 2008. 202 p
11. Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.

12. Brasil. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8080, 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; 28 jun 2011a.
13. Giovanella L, Escorel S, Lobato L de VC et al., organizadores. *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2012. 1100 p
14. Assis MM, Cerqueira EM, Nascimento MA, dos Santos AM, de Jesus WL. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. *Revista APS*. 2007;10(2):189-199.
15. Campos GWS, Guerrero AVP, organizadores. *Manual de prática de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008. 411p. (Saúde em Debate 190).
16. Harzheim, E, coordenador. *Inovando o papel da atenção primária nas redes de atenção à saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras*. Organização Pan-Americana da Saúde/Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde/Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 137 p. ISBN: 978-85-7967-066-4
17. Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. 726p.
18. Davies GP, Roland M, Harris M, Perkins D, Williams A, Larsen K, McDonald J. *Coordination of care within primary health care and with other sectors: a systematic review*. Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine, UNSW; 2006.
19. Bodenheimer T. Coordinating care — a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med* 2008;358(10).
20. Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. Paris, France: Organization for Economic Cooperation and Development, 12th December 2007. (OECD Health Working Paper 30).
21. Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs* 2011;30(12).
22. Armitage GD, Suter E, Oelke ND, Adair CE. Health systems integration: state of the evidence. *Int J Integr Care*. 2009; 9(June), e82.

23. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Integrated health services — what and why?* Technical Brief nº1. Geneva: WHO; 2008:1-8.
24. Shortell SM, Gillies RR, Anderson, DA. The new world of managed care: creating organized delivery systems. *Health Affairs* 1994, 13(5):46-64.
25. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS Report 2012. *Gac Sanit* 2012;26(1):20-26.
26. Conill EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev Bras Saúde Matern Infant* 2010;10(1):515-527.
27. Keeney S, McKenna H, Hasson F. *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. Wiley-Blackwell; 2011: 208.
28. Agência Nacional de Saúde Suplementar, A. (2010). Qualificação da Saúde Suplementar. Nova perspectiva no processo de regulação. Agência Nacional de Saúde Suplementar, A. (2012). Mapa assistencial.
29. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. *Healthcare Quarterly* 2009; 13(Special Issue Oct):16-23.
30. Fontanive P. *Necessidades em educação permanente percebidas por profissionais médicos das equipes da estratégia saúde da família dos municípios do projeto Telessaúde-RS*. 2009. [acesso em 15 maio 2013]. Disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/16369>

7 CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Avaliando o contexto atual de desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, percebe-se a necessidade de avanços importantes no processo de regionalização, na reflexão e ação sobre um novo papel dos estados neste processo, na mudança de paradigma em relação à lógica de competição regional para a lógica da cooperação e interdependência, e no progresso de integração dos serviços. Neste sentido, a conformação das Redes de Atenção à Saúde parece ser um potente impulsionador para a obtenção de avanços na gestão e nos resultados do SUS.

Para que as RAS sejam de fato um novo estímulo e respondam às necessidades de saúde da população é essencial que a Atenção Primária à Saúde (APS) seja a base para a constituição destas redes. Pois é da APS a responsabilidade por coordenar o cuidado individual, se legitimando como porta de entrada do sistema, como ponto de atenção resolutivo e corresponsável pela saúde da sua população. Além deste papel direto com a população, existe uma responsabilidade importante da APS com o restante da rede e com a gestão do sistema — o papel de ordenar o cuidado. Neste papel, cabe a APS identificar as necessidades de saúde da população e corroborar com esse conhecimento para que a gestão aprimore o planejamento, a organização das ações e serviços, os fluxos de pessoas e informações e a regulação a fim de conseguir organizar a rede de acordo com essas necessidades.

Desta forma, mecanismos para avaliação das RAS são de grande importância, pois permitirão que esse processo seja acompanhando ao longo do tempo, possibilitando desenvolvimento institucional, tomada de decisão a partir de um processo avaliativo e de um *feedback* de como a organização das RAS estão se desenvolvendo. Além de propiciar a tomada de decisão em tempo mais curto, é possível dar transparência ao processo, prestar contas, melhorar o uso dos recursos e principalmente medir se as ações tomadas estão tendo impacto na saúde da população.

A proposição deste instrumento para a avaliação de redes tem um caráter inovador, pois, atualmente, não existe um instrumento que permita esse movimento. Deste modo, além de contribuir com esse campo do conhecimento, o projeto pode fortalecer a política pública atual, com um recurso que pode ser aplicado tanto para redes temáticas (materno-infantil, pessoas com doenças crônicas, saúde mental) quanto para redes mais gerais, e, também, no contexto do sistema público ou no sistema privado.

Novas pesquisas que associem outras metodologias, que testem a validação do instrumento proposto para públicos diversos (profissionais da assistência, gestores e cidadãos) são de extrema importância. Tanto para dar prosseguimento a este projeto a fim de aperfeiçoar a versão do instrumento obtida, como para ofertar um instrumento validado que permita a comparação entre os distintos tipos de redes de atenção à saúde e ainda possibilite avaliar o impacto desta configuração de organização das ações e serviços de saúde no estado de saúde da população.

ANEXOS

ANEXO A - Projeto de Pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EPIDEMIOLOGIA**



PROJETO DE PESQUISA

**Proposta de instrumento para a avaliação da coordenação do
cuidado e do ordenamento das redes de atenção pela APS no Brasil**

Aluna: Patrícia Sampaio Chueiri

Orientador: Prof. Erno Harzheim

Porto Alegre

Abril de 2012

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	03
2 OBJETIVOS	
a. Objetivo Geral	08
b. Objetivos Específicos.....	08
3 METODOLOGIA	09
4 QUESTÕES ÉTICAS	12
5 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	13
6 FINANCIAMENTO	14
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	15
8 ANEXOS	
a. ANEXO I - Cronograma de Execução	21
b. ANEXO II - Termo de Consentimento livre esclarecido.....	22

1 INTRODUÇÃO

Nestes 24 anos do Sistema Único de Saúde, muitos resultados já foram alcançados, destacando-se, entre eles, a ampliação do acesso aos serviços e a melhora dos indicadores de saúde como marcadores exitosos deste processo.

A ampliação do acesso deu-se principalmente pela Atenção Primária à Saúde (APS), que, hoje, através da Estratégia Saúde da Família, possibilita acesso ao Sistema Único de Saúde (SUS) a mais de 110 milhões de brasileiros. A melhora dos indicadores de saúde pode ser exemplificada pela queda sustentada da mortalidade infantil, que caiu 58,8% entre 1990 e 2008; pela redução da taxa de mortalidade por doenças crônicas entre 1996 e 2007 (de 569 para 475/100 mil habitantes); e pela queda importante na mortalidade por doenças transmissíveis (Brasil, 2012).

Nas últimas três décadas, o país vem passando também por mudanças sociais importantes: aumento de 14% dos domicílios cobertos pela rede de abastecimento de água; aumento de 11% no PIB per capita, queda de 20% na taxa de analfabetismo na população (de 15 e mais anos); queda do desemprego e do trabalho infantil (Brasil, 2012).

Todas as transformações descritas acima tiveram impacto importante no perfil demográfico do país, caracterizado hoje pelo aumento constante do número de idosos; pois ampliaram a expectativa de vida e propiciaram a queda da fecundidade da mulher brasileira (2009 - 1,9 filhos/mulher). O envelhecimento traz um acréscimo da carga de doenças crônicas não transmissíveis na população brasileira.

Além do aumento importante da carga de doenças crônicas, o país ainda sofre com a presença de doenças infecciosas antigas e reemergentes, no seu perfil de morbidade, e com o impacto das causas externas/violência, responsáveis por 8% das internações no país e importante motivo de morte entre os jovens. Esse cenário caracteriza a tripla carga de doenças (Brasil, 2011, 2012).

Assim, o rápido envelhecimento da população, a transição do perfil epidemiológico e o conjunto de mudanças socioeconômicas ocorridas nos últimos anos, colocam novos desafios para o SUS (OPAS, 2008; Mendes, 2011).

Destacam-se entre esses desafios: a mudança do paradigma da oferta

indiscriminada de ações e serviços de saúde; a melhora do equilíbrio entre a atenção de média e alta complexidade e a Atenção Primária à Saúde; a garantia de financiamento adequado; a diminuição das iniquidades geográficas relacionadas à distribuição de serviços e de profissionais de saúde; a integração da rede assistencial atualmente fragmentada, incluindo o fortalecimento do papel da APS de ordenadora da rede e coordenadora do cuidado individual; a qualificação da atenção à saúde; a dificuldade de contratação de profissionais de saúde; e, por fim, a adequação da formação profissional às necessidades do sistema (Brasil, 2003).

Neste contexto desafiador, não só para o Brasil, mas para outros países também, muitos pesquisadores têm direcionado as suas pesquisas para uma avaliação mais sistêmica do conjunto de ações e serviços e formas de gestão, das estruturas de saúde, e passado a olhar a organização dos sistemas de saúde como um todo, como um fator importante de impacto positivo na saúde da população.

A formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde tem se mostrado como uma forma de organização de sistemas de saúde eficaz para responder a alguns destes desafios estruturais e epidemiológicos trazendo melhores resultados para os indicadores de saúde (OPAS/OMS, 2008; Mendes, 2008).

Neste sentido, o Brasil, desde a concepção do SUS, vem caminhando para a conformação de redes de atenção à saúde. Em um primeiro momento pautado pelas diretrizes de descentralização e regionalização; depois, no início da década de 90, pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS), passando pelo Pacto pela Saúde (2006); e, mais atualmente, pela Portaria do Ministério da Saúde nº 4.279 (2010), que estabelece as diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde (RAS) e pelo Decreto Presidencial nº 7.508 (2011), que conceitua região de saúde e redes de atenção à saúde e ainda cria a Comissão Intergestores Regional - CIR. A regionalização é fundamental para a constituição das redes de atenção à saúde loco-regionais no país.

Além da regionalização, é importante que as redes de atenção à saúde tenham como característica indispensável uma atenção primária forte e estruturada, exercendo o papel de ordenadora e de porta de entrada prioritária das RAS e que seja responsável pela coordenação do cuidado individual (OPAS/OMS, 2008).

A importância de a APS assumir a responsabilidade pela ordenação da rede e

a coordenação do cuidado individual é justificada principalmente por dois fatos. Um deles é a obrigatoriedade da organização das RAS ser realizada a partir das necessidades de saúde da população e estas necessidades são principalmente identificadas pelos profissionais da APS. Pois é neste ponto de atenção onde a população é cadastrada, acompanhada integralmente ao longo do tempo, e, se necessário, é estratificada em relação a riscos e vulnerabilidades. É da APS a corresponsabilidade pela população adstrita (Starfield, 2002).

O outro fato é a hegemonia das doenças crônicas no perfil epidemiológico da população mundial, e o cuidado diferenciado que estas doenças demandam. Exigem ainda mais das equipes de APS em relação à coordenação do cuidado individual, já que, em geral, essas pessoas são acompanhadas de forma intermitente ou não por muitos outros serviços de saúde para além da atenção primária (Powell, 2006).

Esse caminho necessário, para grande parte das pessoas com doenças crônicas, por outros serviços, amplia a possibilidade de re-solicitação de exames, o risco de interações medicamentosas, a falta de comunicação entre os profissionais, a não corresponsabilização sobre o cuidado pelos diversos serviços, o que aumenta a chance de erros e complicações, e também eleva muito o custo deste paciente para o sistema de saúde e para o próprio paciente e a sua família (Schoen et al., 2011; Bodenheimer, 2008; Hofmarcher et al., 2007). A coordenação do cuidado individual, responsabilidade prioritariamente das equipes de APS, já é vista na literatura como uma ferramenta essencial para que os profissionais de saúde enfrentem os riscos apresentados acima (Hofmarcher et al., 2007).

Coordenação é um conceito complexo que tem inter-relação com outros conceitos em saúde, mas podemos traduzi-la como uma organização deliberada de cuidado centrada na pessoa que possibilita principalmente integração e continuidade das várias ações de saúde prestadas nos diferentes serviços do sistema (McDonald et al., 2010). A coordenação tem dois componentes básicos: a transferência ou o acesso à informação (componente estrutural: sistemas informatizados, prontuários compartilhados) e o reconhecimento das informações necessárias para o presente atendimento (componente processual: continuidade dos profissionais, lista de problemas, classificação de riscos, lista de medicamentos em uso, exames solicitados e etc.). (Starfield, 2002).

Em relação à ordenação da rede, pressupõe-se que todas as ações e serviços que conformam as RAS sejam estruturados e programados de acordo com as necessidades de saúde da população. O conceito ampliado de ordenamento das redes de atenção pela APS inclui: identificação das necessidades de saúde; programação e micro regulação das ações e serviços das RAS a partir destas necessidades; e, ainda, ordenar (organizar) os fluxos das pessoas, dos produtos e das informações nos diferentes pontos de cuidado.

Ante a realidade do avanço da regionalização no país, do aparato legal do SUS para criação das RAS regionalizadas, das evidências científicas que embasam a formação das redes integradas como opção importante para alcance de melhores resultados em saúde, à expressiva expansão da atenção primária à saúde no Brasil, a importância da APS exercer efetivamente a coordenação do cuidado individual e a ordenação da rede, fica evidente a necessidade de produção de metodologias e instrumentos para avaliar o estágio de desenvolvimento das redes de atenção à saúde, e, conseqüentemente, o grau de consolidação dos seus atributos.

Atualmente, através de revisão da literatura sobre a avaliação de redes, não foi possível identificar um instrumento validado que possibilitasse medir a presença e o grau de consolidação dos atributos das RAS. A proposição de uma ferramenta para avaliar estes atributos nas RAS iria ao encontro da necessidade de apoiar os gestores na consolidação da APS e no avanço das redes que já estão implantadas nas diversas regiões do país, permitindo comparar a evolução das redes ao longo do tempo e possibilitando o planejamento para o desenvolvimento destas (Mendes, 2011).

Neste sentido, esse projeto propõe a organização de um instrumento que seja capaz de avaliar dois dos atributos das RAS — a coordenação do cuidado e a ordenação das RAS pela APS — a fim de contribuir com a consolidação destas no país.

2 OBJETIVOS

a. Objetivo Geral

Propor um instrumento que possibilite por meio de sua aplicação a gestores e profissionais de saúde do SUS no Brasil a avaliação da presença e extensão do grau de coordenação do cuidado individual e do ordenamento das redes de atenção à saúde pela APS.

b. Objetivos Específicos

- Revisar a literatura a fim de identificar instrumentos que possam conter contribuições para a composição dos itens propostos para o método Delphi.
- Construção de consenso, por meio do método Delphi, sobre itens que comporiam o instrumento para a avaliação das redes de atenção à saúde nos atributos “coordenação do cuidado individual” e “ordenação da RAS pela APS”.

3 METODOLOGIA

A metodologia do projeto será dividida em duas fases, descritas abaixo.

FASE I

Será composta, em um primeiro momento, pela revisão e avaliação crítica da literatura científica, seguido da construção de um primeiro modelo de instrumento de avaliação das redes de atenção à saúde, cujos itens possibilitem a avaliação da presença e extensão do grau de coordenação do cuidado individual e do ordenamento das RAS pela APS.

A revisão da literatura terá enfoque principalmente nos seguintes temas: avaliação das redes de atenção; coordenação do cuidado; ordenamento das redes pela APS; e instrumentos de avaliação em saúde.

Após essa primeira etapa de revisão, e com base nas suas conclusões, será construído o primeiro modelo de instrumento, que será então submetido à Fase II da Pesquisa.

FASE II

Nesta fase, será realizado um estudo com delineamento do tipo Delphi.

O nome Delphi é derivado do Oráculo de Delphi. Sendo Delphi um sítio arqueológico na Grécia; na mitologia grega, este sítio era o local de adoração do deus Apolo, patrono de um dos mais famosos oráculos — Oráculo de Delphos. Este oráculo era consultado por muitas pessoas e para várias questões (políticas, pessoais, sociais). Assim, a palavra Delphi ganhou o significado de bom julgamento sobre um tema (Keeney et al., 2011).

O Método Delphi consiste na submissão iterativa de uma lista de itens temáticos a um grupo de experts, a fim de que este grupo alcance uma opinião consensual em relação aos itens do instrumento.

A técnica foi desenvolvida no início da Guerra Fria, essencialmente fundada na premissa de que a opinião estruturada de um grupo é mais forte do que a opinião de indivíduos. Desde então, o método vem sendo utilizado para ganhar consenso em

muitas áreas de pesquisa na saúde (Keeney et al., 2011).

As etapas da metodologia são chamadas de “rounds” ou rodadas. O primeiro “round” desta pesquisa será a submissão (on-line ou via e-mail) para o grupo de experts, do instrumento construído na fase I. Neste momento, os experts são convidados a dar suas opiniões (respostas) sobre os itens que compõem o instrumento. As respostas devem ser reenviadas aos pesquisadores em 10-15 dias.

A opinião do expert pode ser de apoio à manutenção de cada um dos itens, de retirada de cada um deles, ou de adaptação do item para melhor adequação em relação ao objetivo do instrumento. Apenas na primeira rodada, é possível que os experts incluam sugestões de forma aberta, através de perguntas semiestruturadas, possibilitando a inclusão não identificada de novos itens ao instrumento.

Além de avaliar os itens propriamente ditos, o grupo deverá assinalar também qual o grau de importância do item em relação à avaliação da coordenação do cuidado e do ordenamento das RAS pela APS em uma escala Likert de três pontos: “muito importante”, “importância moderada” e “pouco importante”. Além deste segundo ponto, também será questionado ao expert qual o grau de conhecimento que ele tem em relação a cada item. Esta última avaliação será feita através de um escala Likert de três pontos: “alto”, “médio” e “baixo”.

Após a primeira rodada de avaliação individual, os coordenadores da pesquisa realizam uma avaliação estatística das respostas de cada expert em relação a cada item do instrumento, e, através desta análise, adequam o instrumento de acordo com a avaliação do grupo, o que leva à criação de uma segunda versão do instrumento.

Com a segunda versão do instrumento pronta, uma nova rodada de avaliação é iniciada. O grupo de experts recebe agora, além da nova versão do instrumento, um *feedback* estatístico com média, mediana e desvio padrão sobre cada item do instrumento, baseado nas considerações feitas pelo grupo de experts (coletivo), associado à sua própria avaliação (individual).

Em cada rodada de avaliação, o grupo de experts poderá visualizar através do *feedback* estatístico, as suas respostas e as estatísticas das respostas do grupo. Essa possibilidade permite que cada um reavalie e reconsidere algumas de suas opiniões em relação aos itens do instrumento, a fim de que, a cada rodada, o consenso em torno dos itens do instrumento vá aumentando e a estabilidade das respostas se torne

mais presente.

A cada ciclo, poderão ser excluídos do instrumento alguns itens por alcançarem, na rodada anterior, consenso sobre a inclusão do item ou não. Conforme o número de rodadas, as respostas dadas para cada questão tendem a se concentrar, diminuindo a sua dispersão. O consenso quanto à inclusão ou não da questão ocorre quando esta oscilação diminuir, ou seja, quando ocorrer um pequeno número de mudanças de opinião quanto ao item entre uma ou duas rodadas. Para a estabilização das respostas, definindo a inclusão ou não do item no instrumento, será realizado o seguinte cálculo:

- a variação da amplitude relativa interquartis entre duas rodadas deverá ser inferior a 0,05 para que o item tenha atingido a estabilidade.

Novos ciclos de avaliação do instrumento pelos experts, *feedback* estatístico dos pesquisadores para o grupo, revisão do instrumento e nova avaliação são realizados, até que se chegue a um consenso entre o grupo sobre todos os itens do instrumento. Cada rodada é realizada de forma individual, porém, simultânea, e, em geral, ocorre através de correio eletrônico ou através de site específico da pesquisa.

Para definir o número de rodadas de iteração do estudo, se convencionará que a proporção de mudança na opinião quanto à exclusão ou inclusão do tema, na rodada anterior à final, deverá ser inferior a 10% dos participantes. Assim, após a média de 4 rodadas, o instrumento para a avaliação de RAS, nas dimensões “coordenação do cuidado” e “ordenação da rede pela APS”, será estabelecido a partir do consenso entre experts no assunto.

A metodologia Delphi possibilita uma redução do efeito da contaminação/influência entre os participantes, pois não é realizada presencialmente, evitando o contato face a face. Além disso, como o método realiza retroalimentação com as estatísticas geradas pelo grupo em cada rodada de avaliação, ele possibilita que cada indivíduo repense suas avaliações a partir das respostas dadas pelo grupo de forma anônima (Keeney et al., 2011).

A definição da composição do grupo de experts é uma etapa importante da metodologia. Recomenda-se que o grupo de experts tenha um número suficiente de pessoas para garantir que todas as perspectivas sobre o tema pesquisado estejam

incluídas (Keeney et al., 2011).

Neste projeto, a população de pesquisa será o grupo de experts, composto por 15 a 30 pessoas, que serão definidas através de indicações da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), do Departamento de Atenção Básica e do Departamento de Redes de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde Brasileiro, da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade e outras sociedades científicas, além do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), e de gestores dos estados e municípios do país que tenham RAS em implantação, como, por exemplo, Santa Catarina, Bahia/Pernambuco, Curitiba e Belo Horizonte.

A recomendação de uma mesma pessoa por grupos diferentes será tomada como um reconhecimento por pares da experiência desta pessoa com o tema. Os experts devem representar os seguintes seguimentos: profissionais de saúde que estejam na atenção direta à população e que componham vários pontos de atenção, gestores das três esferas de gestão e profissionais da academia.

As indicações deverão ser realizadas a partir dos seguintes critérios de inclusão:

- Serem profissionais de saúde da assistência (prática clínica), de todos os pontos de atenção à saúde, incluindo APS, ambulatórios especializados e alta complexidade/hospitais. Devem estar atuando nos seus serviços há, no mínimo, 2 anos seguidos.
- Serem profissionais da academia (docentes, pesquisadores, preceptores) que produzam conhecimento e ensinem na área da gestão, da APS ou de redes, há, pelo menos, 2 anos.
- Serem profissionais das três esferas gestão do SUS, e, se possível, que estejam envolvidos na gestão de redes e/ou da Atenção Primária à Saúde, e que tenham experiência na função há, no mínimo, 2 anos.

Todos estes profissionais devem ter expertise (formação, experiência profissional, produção de conhecimento) na área da APS e/ou na área das redes de

atenção à saúde, e, se possível, titulação (residência/especialização ou pós-graduação) em APS, Saúde Coletiva, Saúde Pública ou gestão de serviços de saúde.

Haverá orientação às instituições para que indiquem pessoas de diversas partes do país, de forma que o grupo se torne o mais representativo possível da realidade do Brasil. Espera-se constituir, com esses critérios, um grupo com representantes dos diferentes pontos de atenção, dos diferentes níveis e campos da gestão, e de diferentes áreas da academia, de forma que ele possa ser formado pela representação definida abaixo:

- Profissionais da prática assistencial: 10
- Profissionais da academia: 10
- Profissionais gestores: 10

Em relação aos profissionais da prática assistencial e da academia, serão priorizados os profissionais envolvidos com Atenção Primária à Saúde, de forma que constituam, no mínimo, 50% do grupo.

4 QUESTÕES ÉTICAS

A pesquisa deverá passar pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, conforme o cronograma de execução (Anexo I).

O grupo de experts deverá previamente à participação na pesquisa ser esclarecido sobre o projeto de pesquisa, através de contato telefônico ou por e-mail, e deverá receber e assinar o Termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo II) para participação no estudo. Este informará sobre a possibilidade de desistir da sua participação a qualquer momento, sem que isto traga prejuízo de nenhuma espécie; que não existem riscos de nenhum grau; que todos os dados coletados estarão resguardados por sigilo, e, em nenhuma hipótese, serão utilizados de maneira que identifiquem individualmente o sujeito de pesquisa.

Serão respeitados os princípios éticos fundamentais de beneficência, não-maleficência, autonomia, equidade e justiça.

5 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Após a realização da pesquisa, será elaborado um artigo para publicação e divulgação por meio de periódicos nacionais e/ou internacionais para a comunidade científica, com possibilidade de debate acadêmico e apresentação em congressos.

6 FINANCIAMENTO

As despesas deste projeto correrão por conta dos pesquisadores envolvidos. Este projeto dispõe de recursos financeiros para a sua execução.

Previsão Orçamentária

Itens	Valor (R\$)
Material de consumo	3.000,00
Livros	400,00
Total	3.400,00

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Assis MM, Cerqueira EM, Nascimento MA, dos Santos AM, de Jesus WL. Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodológica e prática. *Revista APS*. 2007;10(2):189-199.

Bodenheimer T. Coordinating care — a perilous journey through the health care system. *N Engl J Med* 2008;358(10).

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. 1ed. 2a. Reimpressão. Brasília (DF); 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2010: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Brasília: Ministério da Saúde; 2011a.

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 / Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Plano Nacional de Saúde - PNS:2012-2015 / Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

Campos G W S, Gutiérrez A C, Guerrero AVP, Cunha GT. Reflexões sobre a atenção básica e a Estratégia Saúde da Família. In: *Manual de prática de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. [S.l.]: Hucitec, 2008.

Hofmarcher MM, Oxley H, Rusticelli E. Improved health system performance through better care coordination. Paris, France: Organization for Economic Cooperation and Development; 12th December 2007. (OECD Health Working Paper 30).

Keeney S, McKenna H, Hasson F. *The Delphi Technique in Nursing and Health Research*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2011; p. 208.

Landeta J. *El Método Delphi: una técnica de previsión para la incertidumbre*. 1a. ed. Barcelona: Ariel; 1999. 223 p.

McDonald KM, Schultz E, Albin L, Pineda N, Lonhart J, Sundaram V, Smith-Spangler C, Brustrom J, and Malcolm E. *Care coordination atlas version 3*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2010.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Rev Med Minas Gerais* 2008;18(4):3-11.

Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.

OPAS. *O Perfil do Sistema de Serviços de Saúde Brasil: Monitoração e análise dos processos de mudança*. OPAS; 2008.

OPAS/OMS. *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud; 2007.

OPAS/OMS. *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opiciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Out 2008.

Powell DG, Harris M, Perkins D, Roland M, Williams A, Larsen K, McDonald J. *Coordination of care within primary health care and with other sectors: a systematic review*. Research Centre for Primary Health Care and Equity, School of Public Health and Community Medicine, UNSW; 2006.

Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty M, Pierson R, Applebaum S. New 2011 survey of patients with complex care needs in eleven countries finds that care is often poorly coordinated. *Health Affairs* 2011;30(12).

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002. 726p.

ANEXO C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O projeto de pesquisa **“Proposta de instrumento para a avaliação da coordenação do cuidado e do ordenamento das redes de atenção pela APS no Brasil”**, faz parte do Programa de Pós Graduação em Epidemiologia e integra os projetos de pesquisa do Mestrado Profissional em Gestão de Tecnologias em Saúde (2011), tem como pesquisadores responsáveis: Patricia Sampaio Chueiri, aluna do Curso de Pós- graduação e Dr. Erno Harzheim, professor orientador. O projeto foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRGS.

Você está sendo convidado a participar desta pesquisa mas, antes de decidir, é importante que compreenda o objetivo da pesquisa, o porquê está sendo realizada e qual será o seu papel nela.

Esta pesquisa tem como objetivo principal propor um instrumento que possibilite por meio de sua aplicação a gestores e profissionais de saúde do SUS a avaliação da presença e extensão do grau da coordenação do cuidado individual e do ordenamento nas Redes de Atenção à Saúde (RAS) pela Atenção Primária à Saúde (APS). A necessidade de produção de metodologias e instrumentos para avaliar o estágio de desenvolvimento das redes de atenção à saúde deve-se principalmente as evidências de que a formação de redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde nos sistemas nacionais tem se mostrado como uma forma de organização efetiva para responder as diversas necessidades de saúde da população e para trazer melhores resultados para os indicadores de saúde.

A pesquisa tem como metodologia principal o método Delphi, técnica que permite obter consenso de um grupo a respeito de um determinado fenômeno. O grupo é composto por experts, ou seja, profissionais efetivamente engajados na área onde está se desenvolvendo o estudo, que responderão de forma iterativa a questionários com itens que poderão compor o instrumento para avaliação de redes a fim de chegarem a um consenso sobre os itens que devem compor o instrumento.

O questionário elaborado pela coordenação do projeto será enviado por meio eletrônico para cada um dos experts que terão o prazo estabelecido no cronograma para ser respondido e re enviado por e-mail. O documento anexo a este termo contém os detalhes das informações citadas.

Sua participação no projeto se dará como expert. A participação no estudo é voluntária e está garantido o direito ao abandono a qualquer momento sem qualquer restrição ou prejuízo ao participante. As informações coletadas serão tratadas com sigilo sendo que a sua identidade será preservada e será de conhecimento exclusivo para a pesquisa. Não haverá qualquer despesa material ou prejuízo. Em qualquer momento da pesquisa você poderá entrar em contato com a pesquisadora para esclarecer dúvidas e obter informações pelo telefone:(61) 81178424 ou através do email: patriciachueiri@gmail.com.

Eu _____, fui informado dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informação a respeito do método que será utilizado. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim eu desejar. Fui igualmente informado da garantia de resposta a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, da liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, da garantia de que não serei identificado quando da divulgação dos resultados e de que

as informações obtidas serão utilizadas apenas para os fins científicos e administrativos vinculados ao presente projeto de pesquisa.

Neste sentido consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando aos autores do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados, garantido, outrossim, o anonimato.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento Informado.

Dessa forma agradeço a sua colaboração e solicito vossa autorização.

Data: ____/____/2012

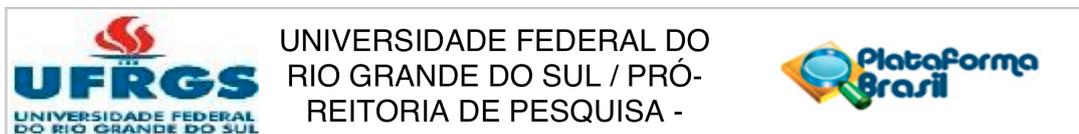
Assinatura: _____

Patricia Sampaio Chueiri - Pesquisadora – Fone: (61) 81178424

Assinatura do participante : _____

Nome do participante:

ANEXO D - Aprovação pelo Comitê da Ética e Pesquisa



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -

PROJETO DE PESQUISA

Título: Proposta de instrumento para a avaliação da coordenação do cuidado e do ordenamento das redes de atenção pela APS no Brasil

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04356612.0.0000.5347

Pesquisador: Erno Harzheim

Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul/ Pró
-Reitoria de Pesquisa - PROPESQ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 92.979

Data da Relatoria: 23/08/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto de mestrado "Proposta de instrumento para a avaliação da coordenação do cuidado e do ordenamento das redes de atenção pela APS no Brasil" pareceu bastante bem delineado, tendo bem definidos os seus objetivos, a metodologia e sua base teórica. Como consta em seu título, a pesquisadora buscará desenvolver um instrumento para avaliar a coordenação do cuidado e do ordenamento das redes de atenção pela APS (Atenção Primária à Saúde) no Brasil. Além da regionalização, que se mostra uma forma eficaz de organização do sistema de saúde brasileiro para responder a novos desafios enfrentados pelo SUS (Sistema Único de Saúde), é importante que as redes de atenção à saúde tenham uma atenção primária forte e estruturada, exercendo o papel de ordenadora e de porta de entrada prioritária das redes de atenção a saúde, sendo igualmente responsável pela coordenação do cuidado individual. A pesquisadora justifica, assim, a necessidade de produção de metodologias e instrumentos para avaliar o estágio de desenvolvimento das redes de atenção a saúde e, conseqüentemente, o grau de consolidação dos seus atributos.

Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver e propor um instrumento que possibilite por meio de sua aplicação a gestores e profissionais de saúde do SUS no Brasil a avaliação da presença e extensão do grau de coordenação do cuidado individual e do ordenamento das redes de atenção a saúde pela APS (Atenção Primária à Saúde).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Afirma que não se aplica.

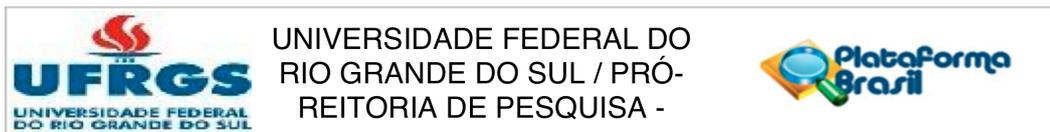
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto bem estruturado, desenvolvido e fundamentado. Os critérios de inclusão dos sujeitos de pesquisa são precisos: profissionais que trabalhem em saúde da assistência (prática clínica), em todos os pontos de atenção a saúde, incluindo APS, ambulatórios especializados e alta complexidade/hospitais e que tenham pelo menos dois anos de experiência na função. Serão ao todo 35 sujeitos. Estes serão, na verdade, avaliadores do instrumento produzidos pela pesquisadora.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE pode parecer bastante técnico, mas os sujeitos de pesquisa são supostamente experts e profissionais do assunto em questão, que deverão julgar acerca da adequação e pertinência do instrumento desenvolvido pela pesquisadora.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - 2º andar do Prédio da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL / PRÓ-
REITORIA DE PESQUISA -

O TCLE pode parecer bastante técnico, mas os sujeitos de pesquisa são supostamente experts e profissionais do assunto em questão, que deverão julgar acerca da adequação e pertinência do instrumento desenvolvido pela pesquisadora.

Recomendações:

Recomendo aprovação, pois apesar de uma pendência (considerar o item abaixo), a pesquisa ocorrerá por meio eletrônico, o desconforto possível sendo causado apenas pelo fato de ter que responder a um conjunto determinado de questões em uma área de conhecimento dos pesquisados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Considerar possíveis riscos e benefícios para os sujeitos de pesquisa.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Encaminhe-se.

PORTO ALEGRE, 10 de Setembro de 2012

Assinado por:
José Artur Bogo Chies

ANEXO E - Instrumentos utilizados nas rodadas do Delphi

Tabela 1 - Instrumento utilizado na primeira rodada do método Delphi.

Dimensão	Itens a serem avaliados
População	1. As regiões que compõem a rede de atenção à saúde são organizadas a partir de bases territoriais (geograficamente delimitadas) ? (ex.: distritos sanitários, regiões de saúde)
	2. Além da base territorial (região de saúde), a população sob responsabilidade da RAS está definida?
	3. A população sob responsabilidade da RAS está toda adscrita a unidades de APS ou a equipes de SF / AB ?
	4. A equipe da APS reconhece a sua responsabilidade pela população adscrita?
	5. A maioria dos serviços especializados tem sua região de saúde definida?
	6. Há adscrição populacional para os outros pontos de atenção (serviços de saúde) especializada?
	7. A definição destes serviços especializados e suas respectivas populações é realizada através de parâmetros de escala (considerando a oferta, a demanda e a qualidade)? (ex.: serviços de cirurgia oncológica, serviços de cirurgia cardíaca, realização (bioquímica) de exames laboratoriais)
	8. A definição destes serviços especializados e suas respectivas populações é realizada através de parâmetros de escopo (considerando demanda e necessidades semelhantes de infra estrutura e de profissionais)? (ex.: centros de reabilitação e oficinas de confecção de próteses ou centros de especialidades odontológicas e serviços de próteses dentárias)
Dimensão	Itens a serem avaliados
Atenção Primária à Saúde	Aspectos gerais
	9. A APS realiza o cadastro das famílias e dos indivíduos sob sua responsabilidade ?
	10. Os indivíduos cadastrados estão divididos segundo fatores de risco de adoecimento (ex.: excesso de peso, tabagismo, sedentarismo, problemas relacionados a saúde mental, risco sanitário, baixo nível de escolaridade) e por por condições de saúde estabelecidas, definindo a população acometida pelos agravos de maior prevalência loco regional (ex.: Insuficiência Cardíaca, Asma, Hipertensão Arterial Sistêmica)?
	11. Após o cadastro por condição, há divisão de cada grupo por estratos de risco ? (ex.: risco cardiovascular, gravidade e controle da doença respiratória crônica)
	Aspectos relacionados à identificação das necessidades de saúde e integração com outros serviços da RAS
	12. A gestão exige que as equipes de APS identifiquem as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade?
	13. Há mecanismos de apoio a APS para a identificação das necessidades de saúde da população? Tais como: sistemas de informação (que inclua cadastro da população, estratificação de risco, prontuário eletrônico), apoio da gestão (através de: apoio institucional, oferta de treinamento para o uso das bases de informação epidemiológicas, apoio para realização de diagnóstico de saúde, diagnóstico de demanda)
	14. Os serviços de APS desta RAS usam vários dados para identificar as necessidades de saúde e definir assim que programas/serviços são necessários à comunidade que atende? (ex.: diagnóstico da demanda, perfil demográfico da população, motivos de interações frequentes por condições sensíveis a APS, entre outras...)
	15. As pessoas usuárias e suas famílias tem confiança e usam regularmente os serviços de APS (existe um vínculo estreito e contínuo) ?
	16. No serviço de saúde de APS, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico (a) /enfermeiro (a) ?
	17. Você acha que os serviços de APS conhecem o histórico médico completo de cada paciente?
	18. Os serviços de saúde de APS comunicam ou entregam todos os resultados dos exames laboratoriais aos seus pacientes?
	19. Os prontuários médicos estão disponíveis quando os serviços de APS atendem os pacientes?
	20. O serviço de saúde de APS é responsável por marcar a consulta encaminhada?
	21. Quando os profissionais da APS encaminham seus pacientes, eles fornecem informação para levar ao especialista?
	22. Os profissionais da APS têm conhecimento das consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados e do que foi abordado nela?
	23. Você acha que os serviços de APS teriam conhecimento caso seus pacientes tivessem dificuldade de acesso a exames ou consultas com especialistas indicados pelos serviço de APS?
	24. Os profissionais da APS usam os seguintes métodos para integrar o cuidado recebido entre todos os pontos de atenção?
	- Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais
	- Listas de problemas nos prontuários dos pacientes
	- Listas de medicamentos em uso nos prontuários dos pacientes
	- "Guidelines"/protocolos impressos junto aos prontuários dos pacientes
	25. A equipe, após conhecer as necessidades de saúde da sua população, revê suas ofertas ou cartela de ações e serviços (tipos de consultas e procedimentos, incorporação de novas tecnologias, formas de agendamento) para a população ? Para isso precisa:
	1- Ter a suas oferta ou cartela de ações e serviços definida e plenamente conhecida
	2- Conhecer a cartela de serviços da RAS
	3- Apropriar-se e discutir dentro da equipe os achados encontrados para o diagnóstico das necessidades de saúde
	4- Discutir com o gestor local as ofertas da RAS em relação às necessidades de saúde
	26. Se necessário a equipe tem algum grau de autonomia para modificar suas ofertas ou cartela de ações e serviços ?
	27. A partir da identificação das necessidades de saúde mais frequentes, a equipe de APS é solicitada a dar as informações e apoiar a gestão para programar o restante das ações e serviços da RAS necessários para aquela população definida?
	Sistemas de informação da APS
	28. A APS opera com sistemas de informação suficientes para cadastrar toda a sua população ? (ex.: SIAB)
	29. A APS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas ? (ex.: prontuário eletrônico, sistema de coleta simplificada de informações clínicas essenciais)
30. APS tem acesso a sistemas de informação para registrar, disponibilizar ou usar informações epidemiológicas ? (ex.: vacinação, doenças prevalentes, estratificação por risco de adoecimento)	
31. A APS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações gerenciais? (ex.: sistema de controle de insumos, de medicações, de programação, de regulação)	
32. Há integração dos diferentes sistemas de informação ? (Ex.Sistema de registro de base populacional que integra as informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais).	

Dimensão	Itens a serem avaliados	
Articulação entre os pontos de atenção	33. A referência (encaminhamento) da APS é um requisito para o acesso eletivo aos outros pontos de atenção a saúde?	
	34. No contexto de serviços suplementares ou privados : há incentivos para as pessoas usuárias adotarem a APS como porta de entrada da rede? (ex.: ganhar pontos ou bônus , desobrigação de copagamento de serviços).	
	35. Há uma boa interação (comunicação de base pessoal) entre as equipes de APS e de atenção ambulatorial especializada através de: inter consultas, segunda opinião ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico, por telefone ou sessões clínicas conjuntas?	
	36. Há uma boa interação (comunicação de base pessoal) entre as equipes de APS e de atenção hospitalar especializada através de: inter consultas, segunda opinião ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico, por telefone ou sessões clínicas conjuntas?	
	37. Existe alguma forma de comunicação utilizada e efetiva entre os hospitais e ambulatorios especializados e a APS (tais como: sistema oficial de referência e contra referência, sumário de alta hospitalar, informações mínimas obrigatórias para o encaminhamento)?	
	38. Existem sistemas de informação comuns a esses pontos de atenção? 38.1 Se não são comuns, são inter operáveis, com troca de informações mínimas acontecendo entre os diversos sistemas?	
	39. Os resultados de exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e outros podem ser visualizados por diversos pontos de atenção ?	
	40. Há um prontuário eletrônico que integra as informações e é utilizado pela APS, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar ?	
	41. Os serviços de APS recebem alguma notificação (eletrônica ou não) quando seu paciente esteve em pontos de atenção de urgência e emergência ou teve internações de urgência ou eletivas ou teve alta hospitalar ? 41.1 Os serviços de APS recebem informações clínicas (eletrônica ou não) sobre o cuidado realizado nos pontos de atenção de urgência e emergência ?	
	42. Existem espaços para a discussão conjunta das formas de relação e fluxos entre os pontos de atenção ?	
	43. Os serviços hospitalares e ambulatoriais especializados operam de forma integrada com a APS? Isto significa existem fluxos/regras estabelecidos para o encaminhamento e o retorno de pessoas e as informações relacionadas ao processo de cuidado de um ponto de atenção para outro.	
	44. Há coresponsabilidade entre esses pontos de atenção ? (ex.: paciente pós IAM com necessidade de anticoagulação, há interação entre equipe de APS e equipe especializada ? ou paciente com doença respiratória grave acompanhado por especialista, com exames de rastreamento atrasados, há integração entre a equipe especializada e a APS ?)	
	45. A região de saúde ou o município tem hoje definido linhas de cuidados para os problemas de saúde de maior frequência e transcendência na população sobre sua responsabilidade? (Ex.: Linha de Cuidado da Gestante, Linha de Cuido do Risco Cardiovascular)	
	46. Há atividades de educação permanente conjunta dos diversos profissionais destes diferentes pontos de atenção ? 1 As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma Rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, bem como utilizam a estratificação para definir ações em cada estrato de risco. Dessa forma, a linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico dos usuários na Rede. Ela não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços das quais necessita.	
	Dimensão	Itens a serem avaliados
	Programação a partir das necessidades de Saúde da população	47. A gestão usa as informações da APS para programação financeira das redes de atenção a saúde ?
48. A gestão usa as informações da APS para programação da oferta de ações e serviços dos outros pontos de atenção?		
49. A cartela de ofertas dos serviços da região é definida pelas necessidades de saúde encontradas pela APS ?		
50. A organização de serviços especializados e/ou profissionais especializados é feita a partir das necessidades de saúde identificadas pela APS ?		
51.Os sistemas de apoio diagnóstico (exames laboratoriais e de imagem) e de assistência farmacêutica estão organizados de acordo com as necessidades de saúde de uma população específica, identificada pela APS?		
52. O Transporte sanitário está organizado de acordo com as necessidades identificadas pelos diversos pontos de atenção ?		
53. Há sistemas que regulem o acesso baseados nas necessidades de saúde ?		
Dimensão	Itens a serem avaliados	
Conceitos , divulgação e compromissos da gestão	54. Existem publicações oficiais (regulatórias, documentos técnicos, sites) onde estão claramente definidos os conceitos (a visão), os objetivos (a missão) e os valores das Redes de Atenção à Saúde ?	
	55. Há um modelo de atenção à saúde claramente definido ?	
	56. As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem os objetivos da RAS ?	

Fonte: Autoria própria, 2013.

Tabela 2 - Instrumento utilizado na segunda rodada do método Delphi

Dimensão	Itens a serem avaliados
População	1. As regiões que compõem a RAS são organizadas a partir de bases territoriais (geograficamente delimitadas) ? (ex.: distritos sanitários, regiões de saúde, regiões ampliadas de saúde)
	2. Além da base territorial, a população sob responsabilidade da RAS está definida? (ex.: número de usuários estimados daquela RAS).
	3. A população sob responsabilidade da RAS está toda adscrita a unidades de APS ou a equipes de SF / AB ?
	4. A equipe da APS reconhece a sua responsabilidade pela população adscrita? Exemplo: a equipe de APS sabe que deve identificar a maioria das necessidades de saúde da sua população, coordenar o cuidado , acompanhar as usuários de forma longitudinal, dar acesso irrestrito, entre outras funções.
	5. A maioria dos serviços especializados tem uma ou mais regiões de saúde definidas como de sua responsabilidade?
	6. Há adscrição populacional para os outros pontos de atenção (serviços de saúde) especializada?
	7. Os serviços especializados (média e alta densidade tecnológica) e suas respectivas populações foram definidos através de parâmetros de escala (considerando a oferta, a demanda e a qualidade)? (Ex.: serviços de cirurgia oncológica, serviços de cirurgia cardíaca, realização (bioquímica) de exames laboratoriais). Escala neste instrumento se refere a necessidade de um volume alto de determinado serviço ou ação para melhorar a qualidade e/ou o custo.
	8. Os serviços especializados (média e alta densidade tecnológica) e suas respectivas populações foram definidos através de parâmetros de escopo (considerando demanda e necessidades semelhantes de infra estrutura e de profissionais)? (ex.: centros de reabilitação e oficinas de confecção de próteses ou centros de especialidades odontológicas e serviços de próteses dentárias). Escopo neste instrumento considera-se as ações e serviços especializados que tenham necessidades semelhantes, exemplo dois serviços que necessitam de autoclave ou dois serviços que necessitam de médico patologista.
	8.1 Há diagnóstico do perfil da população sob responsabilidade da RAS (perfil sócio-demográfico-epidemiológico)?
	8.2 A equipe de atenção especializada reconhece suas funções e responsabilidades na RAS ? Exemplo: a equipe sabe que deve se comunicar sistematicamente com a APS, deve ser resolutiva em relação ao que deve fazer nas RAS, entre outras funções.
Dimensão	Itens a serem avaliados
Atenção Primária à Saúde	Aspectos gerais
	9. A APS realiza o cadastro das famílias e dos indivíduos sob sua responsabilidade independente da utilização desses pelo serviço?
	10. A equipe de APS possui registros dos usuários segundo fatores de risco de adoecimento (ex.: excesso de peso, tabagismo, sedentarismo, problemas relacionados a saúde mental, risco sanitário, baixo nível de escolaridade) e por por condições de saúde estabelecidas, definindo a população acometida pelos agravos de maior prevalência local regional (ex.: Insuficiência Cardíaca, Asma, Hipertensão Arterial Sistêmica), permitindo o planejamento dos serviços e ações necessárias na APS e nos outros pontos da RAS ?
	11. Dentro dos registros de condições crônicas de saúde, há estratificação de cada grupo por risco? (ex.: risco cardiovascular, gravidade e controle da doença respiratória crônica)
	11.1 A APS está organizada de forma a respeitar os limites de população por equipe estabelecida nas normativas nacionais?
	Aspectos relacionados à identificação das necessidades de saúde e integração com outros serviços da RAS
	12. A identificação das necessidades de saúde é feita de forma sistematizada e permanente pela APS ?
	13. A gestão apóia, instrumentaliza e acompanha a APS na utilização eficiente de dispositivos e mecanismos para a identificação das necessidades de saúde da população? Tais como: sistemas de informação (que inclua cadastro da população, estratificação de risco, prontuário eletrônico), apoio da gestão (através de: apoio institucional, oferta de treinamento para o uso das bases de informação epidemiológicas, apoio para realização de diagnóstico de saúde, diagnóstico de demanda)
	14. Os serviços de APS desta RAS usam informações para identificar as necessidades de saúde e definir assim, que ações e serviços são necessários à comunidade que atende? (ex.: diagnóstico da demanda, perfil demográfico da população, motivos de internações frequentes por condições sensíveis a APS, entre outras)
	15. As pessoas usuárias e suas famílias tem confiança e usam regularmente os serviços de APS (existe um vínculo estreito e contínuo) ?
	16. No serviço de saúde de APS, os usuários são na maioria das vezes atendidos pelo mesmo médico/enfermeira/ cirurgião dentista (equipe de APS) ?
	17. Os serviços de APS conhecem o histórico de saúde completo de cada usuário?(como alergias, internações, cirurgias e tratamentos já realizados)
	18. Os serviços de saúde de APS entregam todos os resultados dos exames complementares aos seus usuários?
	19. Os prontuários estão disponíveis quando os serviços de APS atendem os usuários adscritos em seu território ?
	20. O serviço de saúde de APS é responsável por marcar a consulta e/ou exames complementares na atenção especializada (média e alta densidade tecnológica)?
	21. Quando os profissionais da APS encaminham seus usuários, eles fornecem informação para levar ao especialista? (exemplo: prontuário eletrônico, referência)
	22. Os profissionais da APS têm conhecimento das consultas que seus usuários fazem a especialistas ou serviços especializados e do que foi abordado nela?

	<p>23. Os serviços de APS tem conhecimento caso seus usuários tivessem dificuldade de acesso a exames ou consultas com especialistas indicados pelos serviço de APS?</p> <p>24. Os profissionais da APS usam os seguintes instrumentos para integrar o cuidado recebido entre todos os pontos de atenção? Serão listados um a um</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais - Listas de problemas nos prontuários dos usuários - Listas de medicamentos em uso nos prontuários dos usuários - Diálogo com profissionais de outros serviços - "Guidelines"/protocolos impressos junto aos prontuários dos usuários <p>25. A equipe de APS e a gestão, após conhecerem as necessidades de saúde da sua população, revêm sistematicamente suas ofertas ou carteira de ações e serviços (tipos de consultas e procedimentos, incorporação de novas tecnologias, formas de agendamento) para a população ? Para isso precisa:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1- Ter a suas oferta ou carteira de ações e serviços definida e plenamente conhecida 2- Conhecer a carteira de serviços da RAS 3- Apropriar-se e discutir dentro da equipe os achados encontrados para o diagnóstico das necessidades de saúde 4- Discutir com o gestor local as ofertas da RAS em relação às necessidades de saúde <p>26. Se necessário a equipe tem autonomia para modificar/ampliar suas ofertas ou carteira de ações e serviços ?</p> <p>27. A partir da identificação das necessidades de saúde mais frequentes, a equipe de APS é solicitada a dar as informações, participar e apoiar a gestão para programar o restante das ações e serviços da RAS necessários para aquela população definida?</p> <p>27.1 A equipe planeja seu aprendizado e incorporação de novas tecnologias a partir do levantamento de necessidades de saúde da população?</p> <p style="text-align: center;">Sistemas de informação da APS</p> <p>28. A APS trabalha com sistemas de informação capazes de cadastrar toda a sua população ? (ex.: SIAB)</p> <p>29. A APS trabalha com sistemas de informação capazes de registrar, acessar e disponibilizar informações clínicas ? (ex.: prontuário eletrônico, sistema de coleta simplificada de informações clínicas essenciais)</p> <p>30. APS tem acesso a sistemas de informação para registrar e acessar informações epidemiológicas ? (ex.: vacinação, doenças prevalentes, estratificação por risco de adoecimento)</p> <p>31. A APS trabalha com sistemas de informação suficientes para registrar, acessar e disponibilizar informações gerenciais? (ex.: sistema de controle de insumos, de medicações, de programação, de regulação)</p> <p>32. Há integração dos diferentes sistemas de informação ? (Ex.Sistema de registro de base populacional que integra as informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais).</p>
Dimensão	Itens a serem avaliados
Articulação entre os pontos de atenção	<p>33. A referência (encaminhamento) da APS é um requisito para a maioria dos acessos eletivos aos outros pontos de atenção a saúde?</p> <p>34. No contexto de serviços suplementares ou privados : há incentivos para as usuáries usuáries adotarem a APS como porta de entrada da rede? (ex.: ganhar pontos ou bônus , desobrigação de copagamento de serviços).</p> <p>35. Há uma boa interação (comunicação de base pessoal) entre as equipes de APS e de atenção ambulatorial especializada através de: inter consultas, segunda opinião ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico, por telefone ou sessões clínicas conjuntas?</p> <p>36. Há uma boa interação (comunicação de base pessoal) entre as equipes de APS e de atenção hospitalar através de: inter consultas, segunda opinião ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico, por telefone ou sessões clínicas conjuntas?</p> <p>37. Existe alguma forma de comunicação utilizada e efetiva entre os hospitais e ambulatorios especializados e a APS (tais como: sistema oficial de referência e contra referência, sumário de alta hospitalar, informações mínimas obrigatórias para o encaminhamento)?</p> <p>38. Existem sistemas de informação comuns a esses pontos de atenção?</p> <p style="padding-left: 20px;">38.1 Se não são comuns, são inter operáveis, com troca de informações mínimas acontecendo entre os diversos sistemas?</p> <p>39. Os resultados de exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e outros podem ser visualizados por diversos pontos de atenção ?</p> <p>40. Há um prontuário eletrônico que integra as informações e é utilizado pela APS, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar ?</p> <p>41.É comum os serviços de APS receberem alguma notificação (eletrônica ou não) quando seu usuário esteve em pontos de atenção de urgência e emergência ou teve internações de urgência ou eletivas ou teve alta hospitalar ?</p> <p style="padding-left: 20px;">41.1 Os serviços de APS recebem informações clínicas (eletrônica ou não) sobre o cuidado realizado nos pontos de atenção de urgência e emergência ?</p> <p>42. Existem espaços (ex.: reuniões, debates, educação permanente conjunta) para a discussão conjunta das formas de relação e fluxos entre os pontos de atenção ?</p> <p>43. Os serviços hospitalares e ambulatoriais especializados operam de forma integrada com a APS? Isto significa existem fluxos/regras estabelecidos para o encaminhamento e o retorno de usuários e as informações relacionadas ao processo de cuidado de um ponto de atenção para outro.</p> <p>44. Há coresponsabilidade entre esses pontos de atenção ? (ex.: paciente pós IAM com necessidade de anticoagulação, há interação entre equipe de APS e equipe especializada ? ou paciente com doença respiratória grave acompanhado por especialista, com exames de rastreamento atrasados, há integração entre a equipe especializada e a APS ?)</p> <p>45. A região de saúde ou o município tem hoje definido linhas de cuidados para os problemas de saúde de maior frequência e transcendência na população sobre sua responsabilidade? (Ex.: Linha de Cuidado da Gestante, Linha de Cuido do Risco Cardiovascular)</p> <p>46. Há atividades de educação permanente conjunta dos diversos profissionais destes diferentes pontos de atenção ?</p> <p style="padding-left: 20px;">46.1 As informações relacionadas aos fluxos, referências e etc. estão amplamente disponíveis/divulgados?</p> <p style="padding-left: 20px;">46.2 Os diferentes atores dos diversos pontos da rede tem conhecimento das informações relacionadas ao fluxos, referências?</p> <p style="padding-left: 20px;">46.3 Os serviços de APS tem formas de agendar diretamente as consultas especializadas ou exames solicitados?</p> <p>1 As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma Rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, bem como utilizam a estratificação para definir ações em cada estrato de risco. Dessa forma, a linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico dos usuários na Rede. Ela não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços das quais necessita.</p>

Dimensão	Itens a serem avaliados
Programação a partir das necessidades de Saúde da população	47. A gestão usa as informações da APS para programação financeira das redes de atenção a saúde ?
	48. A gestão usa as informações da APS para programação da oferta de ações e serviços dos outros pontos de atenção?
	49. A carteira de ofertas de ações e serviços da região é definida pelas necessidades de saúde encontradas pela APS complementadas pelas necessidades identificadas em outros pontos de atenção ?
	50. A organização de serviços especializados e/ou profissionais especializados é feita a partir das necessidades de saúde identificadas pela APS complementadas pelas necessidades identificadas em outros pontos de atenção?
	51. Os sistemas de apoio diagnóstico (exames laboratoriais e de imagem) e de assistência farmacêutica estão organizados de acordo com as necessidades de saúde de uma população específica, identificada pela APS, complementadas pelas necessidades identificadas em outros pontos de atenção ?
	52. O transporte sanitário está organizado de acordo com as necessidades identificadas pelos diversos pontos de atenção ?
	53. Há sistemas que regulem o acesso, da maioria das ações e serviços, baseados nas necessidades de saúde e nos diferentes graus de risco ?
	53.1 Existe um processo integrado de diagnóstico das necessidades de saúde da região? Isto significa integração da gestão , da APS e dos demais pontos de atenção para definição das necessidades de saúde da região.
	53.2 Os sistemas de regulação tem mecanismos que incentivam o aprendizado, a co-responsabilidade e a micro-regulação na APS? (Ex: devolutivas e comunicação sobre novas ofertas, novas restrições, utilização inapropriada, gerenciamento de filas, e etc.)
53.4 A APS, os demais pontos da rede e a gestão têm um espaço comum de elaboração/ adequação de propostas de organização de serviços?	
Dimensão	Itens a serem avaliados
Conceitos , divulgação e compromissos da gestão	54. Existem publicações oficiais (regulatórias, documentos técnicos, sites) onde estão claramente definidos os conceitos (a visão), os objetivos (a missão) e os valores das Redes de Atenção à Saúde ?
	55. Há um modelo de atenção à saúde claramente definido ?
	56. As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e estão alinhadas em relação aos objetivos da RAS ?
	56.1 A conformação da RAS, com sua região, população, pontos de atenção com carteira de serviços e fluxos é amplamente divulgada para a população e para os profissionais?

Fonte: Autoria própria, 2013.

Tabela 3 - Instrumento Final

Dimensão	Itens a serem avaliados
População	1. As regiões que compõem a RAS são organizadas a partir de bases territoriais (geograficamente delimitadas) ? (ex.: distritos sanitários, regiões de saúde, regiões ampliadas de saúde)
	2. Além da base territorial, a população sob responsabilidade da RAS está definida? (ex.: número de usuários estimados daquela RAS).
	3. A população sob responsabilidade da RAS está toda adscrita a unidades de APS ou a equipes de SF / AB ?
	4. A equipe da APS reconhece a sua responsabilidade pela população adscrita? Exemplo: a equipe de APS sabe que deve identificar a maioria das necessidades de saúde da sua população, coordenar o cuidado , acompanhar as usuários de forma longitudinal, dar acesso irrestrito, entre outras funções.
	5. A maioria dos serviços especializados tem uma ou mais regiões de saúde definidas como de sua responsabilidade?
	6. Há adscrição populacional para os outros pontos de atenção (serviços de saúde de atenção especializada)?
	7. Os serviços especializados (média e alta densidade tecnológica) e suas respectivas populações foram definidos através de parâmetros de escala (considerando a oferta, a demanda e a qualidade)? (Ex.: serviços de cirurgia oncológica, serviços de cirurgia cardíaca, realização (bioquímica) de exames laboratoriais). Escala, neste instrumento se refere a necessidade de um volume alto de determinado serviço ou ação para melhorar a qualidade e/ou o custo.
	8. Os serviços especializados (média e alta densidade tecnológica) e suas respectivas populações foram definidos através de parâmetros de escopo (considerando demanda e necessidades semelhantes de infra estrutura e de profissionais)? (ex.: centros de reabilitação e oficinas de confecção de próteses ou centros de especialidades odontológicas e serviços de próteses dentárias). Escopo, neste instrumento, considera-se as ações e serviços especializados que tenham necessidades semelhantes, exemplo dois serviços que necessitam de autoclave ou dois serviços que necessitam de médico patologista.
	9. Há diagnóstico do perfil da população sob responsabilidade da RAS (perfil sócio-demográfico-epidemiológico)?
	10. A equipe de atenção especializada reconhece suas funções e responsabilidades na RAS ? Exemplo: a equipe sabe que deve se comunicar sistematicamente com a APS, deve ser resolutiva em relação ao que deve fazer nas RAS, entre outras funções.

Dimensão	Itens a serem avaliados
Atenção Primária à Saúde	Aspectos gerais
	11. A APS realiza o cadastro das famílias e dos indivíduos sob sua responsabilidade independente da utilização desses pelo serviço?
	12. A equipe de APS possui registros dos usuários segundo fatores de risco de adoecimento (ex.: excesso de peso, tabagismo, sedentarismo, problemas relacionados a saúde mental, risco sanitário, baixo nível de escolaridade) e por condições de saúde estabelecidas, definindo a população acometida pelos agravos de maior prevalência local regional (ex.: Insuficiência Cardíaca, Asma, Hipertensão Arterial Sistêmica), permitindo o planejamento dos serviços e ações necessárias na APS e nos outros pontos da RAS ?
	13. Dentro dos registros de condições crônicas de saúde, há estratificação de cada grupo por risco? (ex.: risco cardiovascular, gravidade e controle da doença respiratória crônica)
	14. A APS está organizada de forma a respeitar os limites de população por equipe estabelecida nas normativas nacionais?
	Aspectos relacionados à identificação das necessidades de saúde e integração com outros serviços da RAS
	15. A identificação das necessidades de saúde é feita de forma sistematizada e permanente pela APS ?
	16. A gestão apóia, instrumentaliza e acompanha a APS na utilização eficiente de dispositivos e mecanismos para a identificação das necessidades de saúde da população? Tais como: sistemas de informação (que inclua cadastro da população, estratificação de risco, prontuário eletrônico), apoio da gestão (através de: apoio institucional, oferta de treinamento para o uso das bases de informação epidemiológicas, apoio para realização de diagnóstico de saúde, diagnóstico de demanda)
	17. Os serviços de APS desta RAS usam informações para identificar as necessidades de saúde e definir assim, que ações e serviços são necessários à comunidade que atende? (ex.: diagnóstico da demanda, perfil demográfico da população, motivos de internações frequentes por condições sensíveis a APS, entre outras)
	18. As pessoas usuárias e suas famílias tem confiança e usam regularmente os serviços de APS (existe um vínculo estreito e contínuo) ?
	19. No serviço de saúde de APS, os usuários são na maioria das vezes atendidos pelo mesmo médico/enfermeira/ cirurgião dentista (equipe de APS) ?
	20. Os serviços de APS conhecem o histórico de saúde completo de cada usuário?(como alergias, internações, cirurgias e tratamentos já realizados)
	21. Os serviços de saúde de APS entregam todos os resultados dos exames complementares aos seus usuários?
	22. Os prontuários estão disponíveis quando os serviços de APS atendem os usuários adscritos em seu território ?
	23. O serviço de saúde de APS é responsável por marcar a consulta e/ou exames complementares na atenção especializada (média e alta densidade tecnológica)?
	24. Quando os profissionais da APS encaminham seus usuários, eles fornecem informação para levar ao profissional do outro ponto de atenção? (exemplo:(prontuário eletrônico, referência)
	25. Os profissionais da APS têm conhecimento das consultas que seus usuários fazem a profissionais ou serviços especializados e do que foi abordado nela?
	26. Os serviços de APS tem conhecimento caso seus usuários tivessem dificuldade de acesso a exames ou consultas com especialistas indicados pelos serviço de APS?
	27. Os profissionais da APS usam os seguintes instrumentos para integrar o cuidado recebido entre todos os pontos de atenção? Serão listados um a um
	- Fluxogramas dos resultados dos exames laboratoriais
	- Listas de problemas nos prontuários dos usuários
	- Listas de medicamentos em uso nos prontuários dos usuários
	- Diálogo com profissionais de outros serviços
	- "Guidelines"/protocolos impressos junto aos prontuários dos usuários
	28. A equipe de APS e a gestão, após conhecerem as necessidades de saúde da sua população, revêm sistematicamente suas ofertas ou carteira de ações e serviços (tipos de consultas e procedimentos, incorporação de novas tecnologias, formas de agendamento) para a população ? Para isso precisa:
	1- Ter a sua oferta ou carteira de ações e serviços definida e plenamente conhecida
	2- Conhecer a carteira de serviços da RAS
	3- Apropriar-se e discutir dentro da equipe os achados encontrados para o diagnóstico das necessidades de saúde
	4- Discutir com o gestor local as ofertas da RAS em relação às necessidades de saúde
	29. Se necessário a equipe tem autonomia para modificar/ampliar suas ofertas ou carteira de ações e serviços ?
	30. A partir da identificação das necessidades de saúde mais frequentes, a equipe de APS é solicitada a dar as informações, participar e apoiar a gestão para programar o restante das ações e serviços da RAS necessários para aquela população definida?
	31. A equipe planeja seu aprendizado e incorporação de novas tecnologias a partir do levantamento de necessidades de saúde da população?
	Sistemas de informação da APS
	32. A APS trabalha com sistemas de informação capazes de cadastrar toda a sua população ? (ex.: SIAB, e-SUS AB)
	33. A APS trabalha com sistemas de informação capazes de registrar, acessar e disponibilizar informações clínicas ? (ex.: prontuário eletrônico, sistema de coleta simplificada de informações clínicas essenciais)
	34. APS tem acesso a sistemas de informação para registrar e acessar informações epidemiológicas ? (ex.: vacinação, doenças prevalentes, estratificação por risco de adoecimento)
35. A APS trabalha com sistemas de informação suficientes para registrar, acessar e disponibilizar informações gerenciais? (ex.: sistema de controle de insumos, de medicações, de programação, de regulação)	
36. Há integração dos diferentes sistemas de informação ? (Ex.Sistema de registro de base populacional que integra as informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais).	

Dimensão	Itens a serem avaliados
Articulação entre os pontos de atenção	37. A referência (encaminhamento) da APS é um requisito para a maioria dos acessos eletivos aos outros pontos de atenção a saúde?
	38. No contexto de serviços suplementares ou privados: há incentivos para as usuários adotarem a APS como porta de entrada da rede? (ex.: ganhar pontos ou bônus, desobrigação de copagamento de serviços).
	39. Há uma boa interação (comunicação de base pessoal) entre as equipes de APS e de atenção ambulatorial especializada através de: interconsultas, segunda opinião ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico, por telefone ou sessões clínicas conjuntas?
	40. Há uma boa interação (comunicação de base pessoal) entre as equipes de APS e de atenção hospitalar através de: interconsultas, segunda opinião ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico, por telefone ou sessões clínicas conjuntas?
	41. Existe alguma forma de comunicação utilizada e efetiva entre os hospitais e ambulatórios especializados e a APS (tais como: sistema oficial de referência e contra referência, sumário de alta hospitalar, informações mínimas obrigatórias para o encaminhamento)?
	42. Existem sistemas de informação comuns a esses pontos de atenção?
	42.1 Se não são comuns, são interoperáveis, com troca de informações mínimas acontecendo entre os diversos sistemas?
	43. Os resultados de exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e outros podem ser visualizados por diversos pontos de atenção?
	44. Há um prontuário eletrônico que integra as informações e é utilizado pela APS, atenção ambulatorial especializada e atenção hospitalar?
	45. É comum os serviços de APS receberem alguma notificação (eletrônica ou não) quando seu usuário esteve em pontos de atenção de urgência e emergência ou teve internações de urgência ou eletivas ou teve alta hospitalar?
	45.1 Os serviços de APS recebem informações clínicas (eletrônica ou não) sobre o cuidado realizado nos pontos de atenção de urgência e emergência?
	46. Existem espaços (ex.: reuniões, debates, educação permanente conjunta) para a discussão conjunta das formas de relação e fluxos entre os pontos de atenção?
	47. Os serviços hospitalares e ambulatoriais especializados operam de forma integrada com a APS? Isto significa existem fluxos/regras estabelecidos para o encaminhamento e o retorno de usuários e as informações relacionadas ao processo de cuidado de um ponto de atenção para outro.
	48. Há coresponsabilidade entre esses pontos de atenção? Ex.: paciente pós IAM com necessidade de anticoagulação, há interação entre equipe de APS e equipe especializada? Ou paciente com doença respiratória grave acompanhado por especialista, com exames de rastreamento atrasados, há integração entre a equipe especializada e a APS?
	49. A região de saúde ou o município tem hoje definido linhas de cuidados para os problemas de saúde de maior frequência e transcendência na população sobre sua responsabilidade? (Ex.: Linha de Cuidado da Gestante, Linha de Cuido do Risco Cardiovascular). As linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. As linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma Rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, bem como utilizam a estratificação para definir ações em cada estrato de risco. Dessa forma, a linha de cuidado desenha o itinerário terapêutico dos usuários na Rede. Ela não funciona apenas por protocolos estabelecidos, mas também pelo reconhecimento de que os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às Unidades e Serviços das quais necessita.
	50. Há atividades de educação permanente conjunta dos diversos profissionais destes diferentes pontos de atenção?
	51. As informações relacionadas aos fluxos, referências e etc. estão amplamente disponíveis/divulgadas?
52. Os diferentes atores dos diversos pontos da rede tem conhecimento das informações relacionadas ao fluxos, referências?	
53. Os serviços de APS tem formas de agendar diretamente as consultas especializadas ou exames solicitados?	

Dimensão	Itens a serem avaliados
Programação a partir das necessidades de Saúde da população	54. A gestão usa as informações da APS para programação financeira das redes de atenção a saúde ?
	55. A gestão usa as informações da APS para programação da oferta de ações e serviços dos outros pontos de atenção?
	56. A carteira de ofertas de ações e serviços da região é definida pelas necessidades de saúde encontradas pela APS complementadas pelas necessidades identificadas em outros pontos de atenção ?
	57. A organização de serviços especializados e/ou profissionais especializados é feita a partir das necessidades de saúde identificadas pela APS complementadas pelas necessidades identificadas em outros pontos de atenção?
	58. Os sistemas de apoio diagnóstico (exames laboratoriais e de imagem) e de assistência farmacêutica estão organizados de acordo com as necessidades de saúde de uma população específica, identificada pela APS, complementadas pelas necessidades identificadas em outros pontos de atenção ?
	59. O transporte sanitário está organizado de acordo com as necessidades identificadas pelos diversos pontos de atenção ?
	60. Há sistemas que regulem o acesso, da maioria das ações e serviços, baseados nas necessidades de saúde e nos diferentes graus de risco ?
	61. Existe um processo integrado de diagnóstico das necessidades de saúde da região? Isto significa integração da gestão , da APS e dos demais pontos de atenção para definição das necessidades de saúde da região.
	62. Os sistemas de regulação tem mecanismos que incentivam o aprendizado, a coresponsabilidade e a micro-regulação na APS? (Ex: devolutivas e comunicação sobre novas ofertas, novas restrições, utilização inapropriada, gerenciamento de filas, e etc.)
	63. A APS, os demais pontos da rede e a gestão têm um espaço comum de elaboração/ adequação de propostas de organização de serviços?
Dimensão	Itens a serem avaliados
Conceitos , divulgação e compromissos da gestão	64. Existem publicações oficiais (regulatórias, documentos técnicos, sites) onde estão claramente definidos os conceitos (a visão), os objetivos (a missão) e os valores das Redes de Atenção à Saúde ?
	65. Há um modelo de atenção à saúde claramente definido ?
	66. As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e estão alinhadas em relação aos objetivos da RAS ?
	67. A conformação da RAS, com sua região, população, pontos de atenção com carteira de serviços e fluxos é amplamente divulgada para a população e para os profissionais?