UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL

LILIANE CRISTINA NAKATA

**Avaliação da implantação na Rede de Atenção à Saúde: um estudo de
avaliabilidade do cuidado à pessoa com doença renal crônica**

Ribeirão Preto
2021

LILIANE CRISTINA NAKATA

**Avaliação da implantação na Rede de Atenção à Saúde: um estudo de
avaliabilidade do cuidado à pessoa com doença renal crônica**

Versão Corrigida

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Orientadora: Profa. Dra. Janise Braga Barros Ferreira

Ribeirão Preto
2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Nakata, Liliane Cristina

Avaliação da implantação na Rede de Atenção à Saúde: um estudo de avaliabilidade do cuidado à pessoa com doença renal crônica, 2021. 162p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP.
Área de concentração: Saúde Pública.

Orientador: Ferreira, Janise Braga Barros.

1. Redes de Atenção à Saúde. 2. Linha de Cuidado. 3. Avaliação em saúde. 4. Avaliabilidade. 5. Literatura de Revisão como Assunto.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Nakata, Liliane Cristina

Título: Avaliação da implantação na Rede de Atenção à Saúde: um estudo de avaliabilidade do cuidado à pessoa com doença renal crônica

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de Concentração: Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

Aprovado em: 22/ 03/ 2021

Banca Examinadora

Profa. Dra. Janise Braga Barros Ferreira

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo - FMRP/USP

Julgamento: Não votante

Profa. Dra. Lumena Almeida Castro Furtado

Instituição: Escola Paulista de Medicina – Universidade Federal de São Paulo – EPM-UNIFESP

Julgamento: Aprovada

Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto

Instituição: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo – EERP-USP

Julgamento: Aprovada

Profa. Dra. Elen Almeida Romão

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo - FMRP/USP

Julgamento: Aprovada

Dedico o esforço e o produto deste trabalho a todos os profissionais, gestores e usuários do SUS. Que possamos aproximar cada vez mais a academia da gestão do SUS, fortalecendo a cada dia nosso precioso e valioso Sistema Único de Saúde.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Elisabete e Ricardo, que desde sempre trabalharam muito para possibilitar às suas filhas o acesso à educação de qualidade, incentivando e apoiando a formação acadêmica, somado a muito amor, exemplo e dedicação a todas nós, meu eterno agradecimento;

Às minhas irmãs, Lucia e Luciana, minhas grandes amigas, segurança, exemplo e orgulho;

Ao José Ricci Júnior, pelo apoio e companheirismo desde o início dessa jornada, e por ser o responsável por me abrir as portas do trabalho na gestão em saúde pública o que definitivamente, oportunizou a construção da minha trajetória no SUS, eternamente grata.

À Aline Fiori, minha amiga irmã, o presente que saúde pública me deu e cuja companhia foi fundamental para tornar as viagens a Ribeirão mais leves e divertidas. Exemplo de pessoa e profissional que tenho o privilégio de ter como amiga e parceira das lutas e formações no SUS, gratidão.

À minha orientadora, Profa. Dra. Janise Braga Barros Ferreira, um exemplo de profissional comprometida com a formação acadêmica, sem perder de vista a justiça social e o amor às pessoas. Obrigada pela paciência e compreensão ao longo desses 5 anos de jornada. Obrigada pelos ensinamentos e por me ajudar a ser uma pessoa e profissional melhor a cada dia. Minha eterna admiração e gratidão!

Ao nosso grupo de pesquisa e estudos, formado por profissionais incríveis e que se tornaram amigas do coração, Fernanda Bergamini Vicentini, Thatiane Delatorre e Letícia B. Mendonça Soares

Aos profissionais do DRS 13 que nos receberam e prontamente contribuíram para o desenvolvimento deste trabalho;

Aos Articuladores da Atenção Básica que aceitaram participar desse verdadeiro trabalho, que certamente lhes tomou um bom tempo de atenção e dedicação para as valiosas contribuições que deram para elaboração e seleção de indicadores;

À coordenação da Atenção Básica da SES, Dr. Arnaldo Sala e Denise Pacheco, pela acolhida e participação neste trabalho;

À Coordenação de Aperfeiçoamento Profissional de Nível Superior - CAPES pelo apoio financeiro aos Programas de Pós Graduação;

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para que esse trabalho se realizasse, minha gratidão.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo” - Albert Einstein

RESUMO

NAKATA, L.C. Avaliação da implantação na Rede de Atenção à Saúde: um estudo de avaliabilidade do cuidado à pessoa com doença renal crônica. 2021. 162p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

A Doença Renal Crônica (DRC) tem sido reconhecida como um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, com prevalência global estimada em 13,4%. As estratégias de prevenção para conter o aumento dos casos de DRC se apresentam como a melhor solução, colocando a Atenção Primária a Saúde (APS) com importante papel para o enfrentamento a esse problema. O Sistema Único de Saúde (SUS) reconhecido por seus avanços, ainda apresenta dificuldades em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado. Nesse contexto, em 2010, foram publicadas as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, com a proposta de inovar o processo de organização do sistema de saúde para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. Em 2014, foram publicadas as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC no SUS e os critérios para a organização da Linha de Cuidado da Pessoa com DRC, que está contida na Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas. Os **Objetivos** desse estudo foram analisar o conceito de RAS e realizar um estudo de avaliabilidade (EA) acerca da de implantação da linha de cuidado ao Portador de Doença Renal Crônica. **Percursos metodológico:** Pesquisa avaliativa com dados quantitativos e qualitativos. Para o alcance do primeiro objetivo foi realizada uma revisão de escopo e para o estudo de avaliabilidade foi utilizado o referencial teórico de McLaughlin e Jordan. O cenário de estudo de avaliabilidade foi a Região de Saúde do Aquífero Guarani, composta por 10 municípios, abrangendo uma população de 945.738 habitantes. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/CSE-FMRP-USP (CAAE: 58545116.3.0000.5414) **Resultados:** Foram mapeadas 29 características-chave presentes no conceito de RAS, que expressam complementaridade na formação do conceito de RAS. Com relação ao estudo de avaliabilidade foram construídos o Modelo Lógico da Linha de Cuidado (LC) da Pessoa Portadora de DRC e uma matriz de avaliação normativa de implantação da LC na APS. **Conclusões:** O estudo possibilitou identificar a ausência de um conceito totalizante para rede de atenção à saúde, capaz de apresentar sua real abrangência e significado. Acredita-se que a compreensão do conceito e de suas características influencie a operacionalização, governança e avaliação de desempenho da rede de atenção à saúde. O EA possibilitou envolver *stakeholders* no processo de construção da avaliação normativa, se mostrando uma estratégia importante para ampliar a utilidade da avaliação. O estudo de avaliabilidade tem potencial para contribuir com os processos de avaliação da LC ao portador de DRC, e ainda, o seu uso pode ser extrapolado para outras LC de doenças crônicas, possibilitando a identificação de pontos de fragilidade e de fortaleza, com vista ao alcance de melhores resultados em saúde, no manejo dessas condições de saúde.

Palavras-Chave: Redes de Atenção à Saúde; Linha de Cuidado; Avaliação em Saúde; Avaliabilidade; Literatura de Revisão como Assunto.

ABSTRACT

NAKATA, L.C. Evaluation of implementation in the Health Care Network: an evaluability study of the care of the person with chronic kidney disease. 2021. 162p. Doctoral Thesis - Faculty of Medicine of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2021.

Chronic Kidney Disease (CKD) has been recognized as one of the main public health problems worldwide, with an estimated global prevalence of 13.4%. Prevention strategies to contain the increase in CKD cases are presented as the best solution, placing Primary Health Care (PHC) with an important role in facing this problem. The Unified Health System (SUS), recognized for its advances, still has difficulties in overcoming the intense fragmentation of health actions and services and qualifying care management. In this context, in 2010, guidelines for the organization of Health Care Networks (HCN) in SUS were published, with the proposal to innovate the process of organizing the health system to produce a positive impact on the population's health indicators. In 2014, the Clinical Guidelines for the Care of Patients with CKD were published in SUS and the criteria for the organization of the Care for People with CKD, which is contained in the Care Network for People with Chronic Diseases. **The objectives** of this study were to analyze the concept of RAS and carry out an evaluability study (AE) about the implementation of the line of care for the Chronic Kidney Disease. **Methodological path:** Evaluative research with quantitative and qualitative data. To achieve the first objective, a scope review was carried out and for the evaluability study, the theoretical framework of McLaughlin and Jordan was used. The evaluability study scenario was the Health Region of the Aquífero Guarani, composed of 10 municipalities, covering a population of 945,738 inhabitants. The study was approved by the Research Ethics Committee CEP / CSE-FMRP-USP (CAAE: 58545116.3.0000.5414) **Results:** 29 key characteristics present in the RAS concept were mapped, which express complementarity in the formation of the RAS concept. Regarding the evaluability study, the Logical Model of the Care of the Person with CKD and a normative evaluation matrix for the implementation of that care in PHC were built. **Conclusions:** The study made it possible to identify the absence of a totalizing concept for the health care network, capable of presenting its real scope and meaning. It is believed that the understanding of the concept and its characteristics influences the operationalization, governance and performance evaluation of the health care network. The EA made it possible to involve stakeholders in the process of constructing the normative assessment, proving to be an important strategy to expand the utility of the assessment. The evaluability study has the potential to contribute to the evaluation processes of care for patients with CKD, and furthermore, its use can be extrapolated to other chronic illness care, enabling the identification of points of weakness and strength, with a view to achieving better health outcomes in the management of these health conditions.

Key words: Health Care Networks; Care Line; Health Evaluation; Evaluability; Review Literature as Topic.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Mapa do estado de São Paulo segundo as Redes Regionais de Atenção à Saúde	27
Figura 2. Diagrama de Fluxo Prisma (Adaptado) do processo de seleção dos artigos ..	42
Figura 3. Mapa do resultado de acordo com o número de estudos da revisão que apresentaram as mesmas características-chaves	45
Figura 4. Modelo Lógico da Linha de Cuidado do Paciente Portador da Doença Renal Crônica	66
Figura 5. Modelo Lógico da Linha de Cuidado do Paciente Portador da Doença Renal Crônica	91

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Composição da Região de Saúde do Aquífero Guarani segundo municípios e população estimada, DRS 13-SP, 2020	27
Quadro 2. Questões de validação do Modelo Lógico da Linha e Cuidado do Paciente Portador de DRC	30
Quadro 3. Caracterização do Grupo de “ <i>Experts</i> ”	31
Quadro 4. Estratégia de busca nas bases de dados e número de resultados	40
Quadro 5. Artigos e documentos técnicos selecionados segundo título, autor, tipo de estudo, tipo de documento, ano de publicação e país de estudo	43
Quadro 6. Conceitos de rede de atenção à saúde retirados da amostra, país de origem dos estudos e características-chaves extraídas dos conceitos	44
Quadro 7. Caracterização do Grupo de “ <i>Experts</i> ”	61
Quadro 8. Estimativa do número de casos nos diferentes estágios da Doença Renal Crônica, com base na estimativa populacional IBGE 2020 e parâmetros da Portaria GM/MS nº. 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015, RS Aquífero Guarani, RP-SP, 2020.....	64
Quadro 9. Taxa de Prevalência (por 100 mil habitantes) de pacientes em diálise na Região de Saúde do Aquífero Guarani, por município, 2010 a 2017.....	65
Quadro 10. Matrizes de monitoramento da Linha de Cuidado do Paciente Portador de Doença Renal Crônica Por Componente: Estrutura, Processo e Resultado. Resultados de média e desvio padrão das pontuações indicadas pelos <i>experts</i>	67
Quadro 11. Total de indicadores que atenderam aos critérios de relevância e qualidade com média de pontuações entre 7 e 9	73
Quadro 12. Matrizes de julgamento da dimensão da Atenção Básica por componente: Estrutura, Processo e Resultado	73
Quadro 13. Análise geral da implantação da dimensão Atenção Primária à Saúde nos 3 componentes	78
Quadro 14. Matriz de julgamento do Componente Estrutura	93
Quadro 15. Matriz de julgamento do Componente Processo	94
Quadro 16. Matriz de julgamento do Componente Resultado	96
Quadro 17. Análise geral da implantação da dimensão Atenção Primária à Saúde nos 3 componentes.....	97

LISTA DE SIGLAS

AAB – Articuladores da Atenção Básica
AB – Atenção Básica
APS - Atenção Primária a Saúde
CAPP - Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CGR – Colegiado de Gestão Regional
CIR – Comissão Intergestores Regional
CONEP - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DAC – Doenças do Aparelho Circulatório
DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DRC – Doença Renal Crônica
DRS – Departamento Regional de Saúde
EA – Estudo de Avaliabilidade
LC – Linha de Cuidado
ML – Modelo Lógico
PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RRAS - Rede Regional de Atenção à Saúde
RS – Região de Saúde
SES – Secretaria de Estado da Saúde
SMSRP - Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto
SP – São Paulo
SUS - Sistema Único de Saúde
TGF - Taxa de Filtração Glomerular
TRS - Terapia Renal Substitutiva
US – Ultrassom

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	14
1. INTRODUÇÃO	15
1.1 A construção do cuidado integral à saúde nos Sistemas de Saúde e no Sistema Único de Saúde	15
1.2. Rede de Atenção à Saúde	16
1.3 As Linhas de Cuidado	19
1.4 Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica.....	20
1.5 Referencial Teórico da Avaliação em Saúde	21
1.6 Justificativa	23
2. OBJETIVOS.....	25
2.1 Objetivos Gerais.....	25
2.2 Objetivos Específicos	25
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	26
3.1 Tipo de estudo	26
3.2. Cenário do estudo.....	26
3.3 Coleta de dados	28
3.3.1. Elaboração e validação do Modelo Lógico da Linha de Cuidado.....	28
3.3.2. Elaboração da Matriz de indicadores e Matriz de julgamento	30
3.4. Procedimentos éticos.....	32
4. RESULTADOS.....	34
4.1. Artigo 1 - Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo.....	35
4.2. Artigo 2: Estudo de Avaliabilidade da Linha de Cuidado do Paciente portador de Doença Renal Crônica.....	56
4.3. Manual de Aplicação da Avaliação.....	86
5. CONCLUSÃO DA TESE	113
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA TESE	117
ANEXOS	121
ANEXO I – Artigo Publicado na Revista Escola Anna Nery de Enfermagem.....	121
APÊNDICES.....	132
APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Informantes Chave	132

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – <i>Experts</i>	134
APÊNDICE III – Comprovações da Apresentação do Modelo Lógico no 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde.....	136
APÊNDICE IV – Manual de Aplicação da Avaliação de Implantação da Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica.....	139

APRESENTAÇÃO

Esta tese nasceu da vontade de aproximar o conhecimento acadêmico à prática da gestão no Sistema Único de Saúde - SUS. Minha trajetória na Saúde Pública iniciou-se em 2011, por um convite do Prof. Dr. José Ricci Júnior que acreditou em minha capacidade profissional. Mas a confiança que me foi dada e os ambiciosos planos de sua gestão por uma saúde de qualidade na cidade de Mirassol/SP fizeram com que eu me dedicasse em tempo integral ao trabalho e que me debruçasse sobre a legislação do SUS, livros, manuais, reuniões, conversas com gestores mais experientes e literatura científica.

Foi nesse momento que refleti sobre uma possível causa do SUS ainda estar mais no papel do que na prática: quantos gestores se qualificam em gestão de saúde pública para assumir cargos na saúde? quantos gestores e profissionais de saúde conseguem parar para ler tais documentos? E quando param para ler, será que conseguem compreender? Hoje, que tenho a alegria e satisfação em fazer parte do time de apoiadores do COSEMS São Paulo, constato que muitos gestores realmente não têm tempo de ler portarias e manuais, assim como alguns relatam que leem, mas não entendem o conteúdo das portarias ministeriais.

Durante os 5 anos que estive na gestão municipal foram momentos de muito trabalho, muito aprendizado e uma tomada de decisão: voltar para a academia, depois de quase 10 anos do término do mestrado em genética e evolução, para me dedicar ao doutorado em saúde pública, uma mudança e tanto!

Uma escolha que me fez feliz, ao encontrar uma pessoa maravilhosa como a Profa. Dra. Janise Braga Barros Ferreira, que me acolheu, me escutou com relação ao que eu gostaria de estudar e que me permitiu escolher trabalhar com avaliação em saúde. Uma área que me chamou a atenção desde quando fiz uma especialização em 2014 e que agora tive a oportunidade de praticar e vislumbrar que os resultados podem de alguma forma serem utilizados por gestores e profissionais de saúde.

Ao longo desses 5 anos de doutorado, muitos planos foram feitos e desfeitos... tivemos surpresas agradáveis e desagradáveis que foram mudando nossa “frequência” e produtividade ao longo do tempo. Mas agora, chegando ao final dessa etapa que almejei, ainda no primeiro ano de faculdade (lá em 2000), vejo que o caminho foi mais difícil e demorado do que eu pensei, o tempo passou rápido demais... Mas durante esse tempo, conheci muita gente, amadureci, aprendi e sigo aprendendo todos os dias.

Espero sinceramente que o resultado desse trabalho possa contribuir com a avaliação em saúde nas regiões de saúde e que a academia esteja cada dia mais presente no dia a dia dos serviços de saúde. O caminho pode ser longo, conciliar trabalho, família e doutorado, não é fácil, mas mostrou-se possível! E se torna possível, principalmente, quando acreditamos no potencial de aprendizado e crescimento das pessoas e quando queremos contribuir para a construção de uma sociedade melhor, mais justa e menos desigual, começando pelo fortalecimento do nosso Sistema Único de Saúde! Somos todos SUS!!

1. INTRODUÇÃO

1.1 A construção do cuidado integral à saúde nos Sistemas de Saúde e no Sistema Único de Saúde

Com a participação do Estado no controle dos diversos mecanismos que afetam a saúde e o bem-estar da população, em meados do século XX surgiram os primeiros Sistemas de Saúde (SS) (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Essa construção teve por objetivos curar e reabilitar pessoas doentes e prevenir o adoecimento da população, para que o desenvolvimento do país e a força de trabalho fossem garantidos (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Para alcançar esses objetivos, o SS deve empregar o mais alto nível de conhecimento sobre as causas e manejo das enfermidades, bem como meios de promover a saúde da população, reduzindo as disparidades sociais e garantindo o acesso aos serviços de saúde (STARFIELD, 2002). O SS deve ser composto por alguns elementos básicos, como o financiamento, a força de trabalho, redes de serviço, organização, tecnologia, insumos, cobertura populacional (LOBATO, GIOVANELLA, 2012). A relação entre esses componentes impacta no desempenho e nos resultados do SS, também sendo desenvolvidos ou afetados por ações econômicas e políticas que se manifestam por meio das ações e interesses dos atores sociais ¹envolvidos na construção e funcionamento do SS (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

Esses elementos básicos estão presentes no SS brasileiro, o Sistema Único de Saúde (SUS), conquistado politicamente na década de 90 pela mobilização da sociedade civil organizada, que garantiu a saúde como um direito na Constituição Federal (BRASIL, 1988) e a publicação das normativas do SUS nas Leis Orgânicas da Saúde (BRASIL, 1990). Para que este SS pudesse sair do papel, foi necessário transpor o modelo de assistência, centrado no atendimento médico e em doenças, para um modelo de cuidado capaz promover saúde e de cobrir a população brasileira como um todo, e não apenas as pessoas com carteira assinada como anteriormente (LOBATO; GIOVANELLA, 2012). Além disso, a cobertura populacional

¹ Ator social: “De maneira geral, a expressão ator social refere-se, hoje em dia, ao indivíduo responsável pela consecução de objetivos particulares e exequíveis, e cuja atividade encontra seus limites e possibilidades na atividade dos outros atores sociais e na conjuntura socioeconômica previamente diagnosticada. O ator social é aquele que, para conseguir alcançar objetivos particulares, modifica o “entorno social” negociando com outros atores. Essa atividade do ator social, em prol de si mesmo e do grupo, é o que faz dele um membro da sociedade civil.” (SOUZA, 2008; p. 44). No caso específico deste trabalho, são denominados atores sociais os gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

ampliada levou a um desequilíbrio entre as necessidades da população e os recursos financeiros disponíveis, enfatizando a necessidade de se repensar a organização do sistema (LOBATO; GIOVANELLA, 2012).

As normativas de organização do SUS (BRASIL, 1990) trouxeram como base os princípios da descentralização da gestão para os municípios, acompanhada da regionalização e da hierarquização da rede de serviços de saúde. Sendo de responsabilidade do ente federal a definição e a coordenação do sistema de redes integradas de assistência de alta complexidade e aos entes estaduais e municipais, o acompanhamento, controle e avaliação dessas redes (BRASIL, 1990).

Outras normas definiram o papel do Estado e o responsabilizaram pela gestão, acesso e integralidade do cuidado (BRASIL, 1997). Também trouxeram a possibilidade de criação de redes regionais para ampliação do acesso com qualidade e menores custos, visando reduzir o acúmulo injusto de tecnologias em alguns municípios (BRASIL, 1997). A coordenação desse processo passou a ser da Secretaria do Estado da Saúde (SES) e teve a base territorial ampliada para as Regiões de Saúde (RS), mantendo-se o incentivo para a cooperação técnica e financeira entre os entes federados (BRASIL, 2002; GUIMARÃES; GIOVANELLA, 2004).

A definição das responsabilidades sanitárias de cada ente federativo veio com o Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006a), que superou a lógica anterior de habilitação (BRASIL, 2002) e trouxe em seu arcabouço a responsabilidade dos municípios sob a gestão dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS). Além das responsabilidades, também instituiu ferramentas para gestão e planejamento regional da saúde, que deveriam estar embasadas nas ferramentas municipais de mesma finalidade (BRASIL, 2006b), e criou espaços de diálogo e pactuação entre os municípios e o estado, os Colegiados de Gestão Regional (CGR) e estabeleceu como responsabilidade estadual a coordenação do desenho das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2006c).

1.2. Rede de Atenção à Saúde

Em 2010 foi lançada a Portaria nº 4.279/2010, que estabeleceu diretrizes para a organização e estruturação da RAS no âmbito do SUS, como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, formados por diferentes densidades tecnológicas, e integrados por um

sistema logístico de gestão e apoio. A RAS foi pensada como estratégia para superar a fragmentação da atenção e fortalecer a gestão das RS (BRASIL, 2010).

Para essa superação, a portaria estipulou a ordenação da RAS a partir das necessidades de saúde e da APS, uma vez que esta deve ser o contato preferencial dos indivíduos, famílias e comunidade com o SUS (BRASIL, 2010).

No Brasil, o perfil epidemiológico é caracterizado por tripla carga de doenças, que envolve a persistência de doenças parasitárias, infecciosas e desnutrição, características de países subdesenvolvidos e componente de problemas de saúde reprodutiva com mortes maternas e óbitos infantis por causas evitáveis. Destaca-se ainda as doenças crônicas e seus fatores de risco, como o sedentarismo, tabagismo, alimentação inadequada, obesidade e o crescimento das causas externas em decorrência do aumento da violência e dos acidentes de trânsito. Tais situações apontam para a necessidade de ampliação do foco de atenção para o manejo das condições crônicas, atendendo concomitantemente as condições agudas (BRASIL, 2010).

Mendes (2010) afirma que a situação de saúde de forte predomínio relativo das condições crônicas não pode ser respondida, com eficiência, efetividade e qualidade, por sistemas de saúde organizados de forma fragmentada e voltados, prioritariamente, para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas.

Nesse sentido, as RAS se apresentam como uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados e sua implantação convoca mudanças radicais no modelo de atenção à saúde praticado no SUS apontando para a necessidade da implantação de novos modelos de atenção às condições agudas e crônicas (MENDES, 2011). Deste modo, o modelo de atenção definido na regulamentação do SUS preconiza uma contraposição ao atual modelo que é centrado na doença e em especial, no atendimento a demanda espontânea e na agudização das condições crônicas (BRASIL, 2010).

Reforçando estes aspectos a Organização Mundial de Saúde afirma que:

Os sistemas de saúde predominantes em todo mundo estão falhando, pois não estão conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e ascensão das condições crônicas. Quando os problemas de saúde são crônicos, o modelo de tratamento agudo não funciona (OMS, 2003, p.33).

Um ponto importante e que tem apresentado experiências exitosas, se refere a organização da RAS tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se mostrando como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica. Para cumprir esse papel a APS deve ser o ponto fundamental de um sistema de atenção à saúde, uma vez que constitui o contato preferencial de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema (BRASIL, 2010).

A APS deve ser compreendida como ponto preferencial de contato com o sistema de saúde, enfatizando a sua função resolutiva sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos da rede de saúde, sendo esses últimos, entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular se diferenciando apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam (BRASIL, 2010).

No que tange a organização da RAS a normativa ministerial afirma que:

Superar os desafios e avançar na qualificação da atenção e da gestão em saúde requer forte decisão dos gestores do SUS, enquanto protagonistas do processo instituidor e organizador do sistema de saúde. Essa decisão envolve aspectos técnicos, éticos, culturais, mas, principalmente, implica no cumprimento do pacto político cooperativo entre as instâncias de gestão do sistema, expresso por uma “associação fina da técnica e da política, para garantir os investimentos e os recursos necessários à mudança (BRASIL, 2010, p.01).

Assim, para garantir a melhora da saúde da população, integração e articulação na lógica do funcionamento da RAS, com qualidade e eficiência para os serviços e para o Sistema, é necessário a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores, financiadores e os prestadores de serviços. Os instrumentos de contratualização podem ser entendidos como a pactuação da demanda quantitativa e qualitativa, com definição clara de responsabilidades e objetivos de desempenho, incluindo tanto os sanitários, quanto os econômicos, resultando dessa negociação, um compromisso explícito entre as partes (BRASIL, 2010).

Uma vez estabelecida a contratualização a RAS pode alcançar seus principais objetivos de: promover a integração sistêmica de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o

desempenho do Sistema em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e, eficiência econômica (BRASIL, 2010).

A RAS é, portanto, caracterizada pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Sua operacionalização se dá pela interação de 3 elementos: população/região de saúde definidas, estrutura operacional e um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção (BRASIL, 2010).

Desse modo, a transição entre o ideário da RAS e sua concretização, ocorre por meio de um processo contínuo e perpassa o uso de estratégias de integração que permitam desenvolver sistematicamente o conjunto de atributos que caracteriza um sistema de saúde organizado em rede (BRASIL, 2010).

1.3 As Linhas de Cuidado

As Linhas de Cuidado (LC) visam à atenção à saúde centrada na pessoa, e não na doença, como destacado no trecho abaixo:

Tudo o que não se quer com as redes de atenção e com a implantação das linhas de cuidado é reduzir os sujeitos às suas doenças para daí projetar o comportamento destas em uma série de sujeitos e, com isso, programar um elenco de procedimentos, compostos por atos protocolados de profissionais de saúde, realizados em um predeterminado itinerário de lugares, conforme um conjunto fixo de critérios de movimentação e acesso (PINTO, 2009, p. 29)

A LC tem início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema de saúde e contempla serviços dos diversos pontos de atenção e se completa na medida em que macroprocessos se articulam com os microprocessos (MALTA; MERHY, 2010; PINTO, 2009). Em outras palavras, a LC seria o caminho “virtual” entre a identificação da necessidade do usuário: até o acesso ao conjunto de ações e serviços imprescindíveis para saná-la (FREIRE, 2005). Para que essa constituição seja possível é imprescindível à construção de um pacto entre os diversos atores que controlam os recursos e os serviços da RAS, inclusive os serviços privados contratados pelo SUS, o que implica um papel importante das áreas de gestão, regulação e avaliação (PINTO, 2009).

A construção da LC também implica o conhecimento de fatores que beneficiam e prejudicam o cuidado, determinam e condicionam o estado de saúde dos sujeitos e do coletivo, os recursos existentes para prevenção de agravos e recuperação e promoção de saúde (CECCIM; FERLA, 2006). Um dos fatores fundamentais para o bom funcionamento de uma LC é o permanente redirecionamento do processo de trabalho para que ele permita a ampliação de compreensões e interpretações do estado de saúde do usuário, para além da doença ou do evento biológico (CECCIM; FERLA, 2006).

1.4 Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica

As Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos, em 2008. A maioria dos óbitos por DCNT são atribuíveis às doenças do aparelho circulatório (DAC), ao câncer, à diabetes e às doenças respiratórias crônicas, doenças estas diretamente ligadas a fatores de risco modificáveis. No Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis constituem o problema de saúde de maior magnitude e correspondem a 72% das causas de mortes. No caso dos portadores de DCNT, as linhas de cuidado necessitam articular ações de proteção, promoção, vigilância, prevenção e assistência, voltadas para as especificidades de grupos ou necessidades individuais, possibilitando o manejo oportuno dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e de terapêutica e uma visão global e integral das suas condições de vida e saúde (MALTA; MERHY, 2010; BRASIL, 2011)

No rol de DCNT, a Doença Renal Crônica (DRC) é definida como anormalidades da estrutura ou função do rim, por um período superior a 3 meses, com implicações para a vida (KDIGO, 2013). De acordo com o Censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia de 2019, o total estimado de pacientes em tratamento dialítico em 2018 foi de 133.464 pessoas, sendo 41,5% realizado na faixa etária de 45-64 anos e 35% com mais de 60 anos (NEVES et al., 2020)

As Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com DRC (BRASIL, 2014a) apontam que é portador de DRC qualquer indivíduo que, independentemente da causa, apresente por pelo menos três meses consecutivos uma Taxa de Filtração Glomerular (TFG) $< 60\text{ml/min/1,73m}^2$. Os fatores de risco para o desenvolvimento da DRC são diabetes, hipertensão, obesidade, tabagismo, idoso, histórico de doença do aparelho circulatório, histórico de DRC na família e uso de agentes nefrotóxicos (BRASIL, 2014a).

Essas pesquisas destacam alguns entraves para o SS quanto ao diagnóstico precoce, o cuidado em rede e a resolubilidade e demonstram a necessidade de qualificar e reorganizar a RAS para o enfrentamento deste problema.

Desta forma, no interior da RAS a LC da Pessoa com DRC deve ser elaborada de acordo com critérios instituídos por portaria específica do MS (BRASIL, 2014b). A portaria traz as diretrizes para os estabelecimentos de saúde integrantes da LC de cuidado à pessoa com DRC na RAS das Pessoas com DCNT: foco da atenção nas necessidades de saúde da população coordenado pela APS e contemplando todos os níveis de atenção; diagnóstico precoce de modo a identificar as pessoas com DRC; implementação da estratificação de risco da população com DRC, de acordo com a classificação do seu estágio clínico, segundo a alteração de exame laboratorial da TFG; garantia de financiamento adequado para prevenção, tratamento dos fatores de risco e tratamento da DRC na RAS das Pessoas com DCNT, em especial ao cuidado das pessoas com DRC em estágios clínicos pré-dialíticos, bem como para o cuidado das pessoas com necessidades de Terapia Renal Substitutiva (TRS); garantia da educação permanente de profissionais da saúde para a prevenção, diagnóstico e tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC, de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS); implementação das diretrizes expressas no Programa Nacional de Segurança do Paciente; garantia da oferta de apoio diagnóstico e terapêutica adequado para tratamento da DRC e dos fatores de risco que levam à DRC baseado nas necessidades de saúde, respeitando as diversidades étnico-raciais, culturais, sociais e religiosas; articulação intersetorial e garantia de ampla participação e controle social; e desenvolvimento de medidas que garantam a difusão das ações e cuidado à pessoa com DRC em todos os pontos de atenção da linha de cuidado, bem como a comunicação entre os serviços de saúde para promoção do cuidado compartilhado (BRASIL, 2014b). Foram definidas pela portaria também as atribuições de todos os pontos de atenção, o financiamento, a composição das equipes, a avaliação, monitoramento e indicadores de qualidade, com ênfase na atuação multiprofissional, incentivo financeiro e no matriciamento das equipes de APS. Deste modo, a LC para o DRC estabeleceu um pacto entre os diversos atores dos pontos de atenção da RAS, determinando fluxos de referência e contrarreferência para assistir de forma oportuna ao usuário com DRC, no SUS.

1.5 Referencial Teórico da Avaliação em Saúde

A avaliação, segundo Weiss (1998) acomoda muitas definições, mas que possuem em comum a noção de julgamento de mérito, baseado em critérios, segundo um método específico. Ou seja, trata-se de análise sistemática do processo ou resultado de um programa ou política, em comparação com um conjunto explícito ou implícito de padrões, com o objetivo de contribuir para o seu aperfeiçoamento (WEISS, 1998).

Segundo Hartz (1997) as definições da avaliação são numerosas de modo que poderia se dizer que cada avaliador constrói uma definição. Sendo assim, podemos dizer que, muito embora não exista um acordo único a respeito do conceito de avaliação, vários autores concebem avaliação como “uma modalidade de pesquisa que se utiliza de métodos e técnicas específicos para confirmar ou não a relação de causalidade entre as ações de um serviço ou programa e determinados resultados” (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Motta (1989) define o conceito de avaliação como “processo de produzir informações sobre os valores dos resultados da implementação de políticas e programas públicos”. Já Contandriopoulos et al. (1997) apresenta avaliação como investigação e sistematização de conhecimentos para fazer um julgamento de valor de uma intervenção com o objetivo de auxiliar a tomada de decisão.

Segundo Worthen, Sanders e Fritzpatrick (2004) a avaliação corresponde “à identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor ou mérito, a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto a ser avaliado em relação a esses critérios”.

Entre tantos conceitos, fica clara a importância e utilidade da avaliação, que tem sido reconhecida como um componente da gestão em saúde e tem sido utilizada na implementação de programas nas diversas dimensões do SUS. O propósito fundamental tem sido dar suporte aos processos decisórios no âmbito do SS, subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, avaliar a incorporação de novas práticas sanitárias na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (BRASIL, 2005a).

O campo da avaliação utiliza uma abordagem teórica, que deve explicar a relação causa e efeito, fornecendo informações que podem contribuir para a melhoria de programas e subsidiar decisões gerenciais (NAZARENO, 2006). Neste sentido, o processo de condução de uma avaliação pode ser tão importante quanto às conclusões dela advindas, pois o próprio

envolvimento no processo já produz um melhor entendimento das atividades que estão sendo avaliadas (FELISBERTO, 2001).

As teorias da utilização buscam investigar e explicar como as avaliações são utilizadas; que fatores influenciam a utilização dos seus resultados; quais os mecanismos para mensurar a utilização; e, quais as características metodológicas dos estudos empíricos para investigar o uso da avaliação (SERPA, 2010).

Segundo Patton (2008) a questão da utilização da avaliação surgiu da interface entre ciência e ação, entre conhecer e fazer, trazendo à discussão questões fundamentais sobre a racionalidade humana, sobre o processo decisório e o conhecimento aplicado para construção de um mundo melhor (PATTON, 2008).

As perguntas avaliativas que nortearam o presente estudo foram:

- 1) Que características conformam o conceito de rede de atenção à saúde?
- 2) Qual o contexto em que foram discutidas e elaboradas a LC e a RAS da pessoa portadora de DRC?
- 3) É possível realizar uma avaliação para identificação do grau de implantação da LC da pessoa com DRC?

1.6 Justificativa

A pesquisa realizada se justifica devido a importância da organização das RAS, formalmente instituídas em 2010, no SUS, e para tanto é necessária a clareza acerca de seu conceito e características e pela necessidade de produção de conhecimento científico sobre a implantação das linhas de cuidado para a abordagem das doenças crônicas, com ênfase na DRC.

Além disso, considerando o momento da elaboração do projeto de pesquisa, nos Departamentos Regionais de Saúde (DRS) estava em discussão as Linhas de Cuidado da Rede de Atenção à Saúde da pessoa portadora de Doença Crônica, tendo sido demandada pelo DRS 13 de Ribeirão Preto, uma contribuição na discussão da LC da pessoa Portadora de DRC.

Deste modo, esta pesquisa vislumbrou produzir resultados que pudessem contribuir tanto com a rede de atenção à saúde regional quanto com a identificação de facilidades e

dificuldades relativas à Linha de Cuidado ao Portador de Doença Renal Crônica, almejando o seu aperfeiçoamento.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivos Gerais

Analisar o conceito de rede de atenção à saúde e realizar um estudo de avaliabilidade acerca da implantação da linha de cuidado ao Portador de Doença Renal Crônica.

2.2 Objetivos Específicos

2.2.1. Analisar o conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves;

2.2.2. Realizar o estudo de avaliabilidade da Linha de Cuidado do Paciente portador de DRC;

2.2.3. Elaborar um instrumento de avaliação a linha de cuidado, com foco na Atenção Primária à Saúde.

2.2.4. Elaborar um manual de aplicação da avaliação da linha de cuidado estudada.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Cabe aqui uma explicação sobre o método adotado nas diferentes etapas deste estudo. Inicialmente, reforça-se que a pesquisa foi realizada no âmbito das redes de atenção à saúde, e nesse sentido, considerou-se importante realizar uma revisão de escopo com a finalidade de se identificar as características-chaves que conformam o conceito de rede e, conseqüentemente, interferem em sua compreensão e operacionalização.

Uma vez que as redes de atenção à saúde comportam as LC, a LC da Pessoa com DRC que está inserida na Rede da Pessoa com DCNT, foi escolhida para a realização do Estudo de Avaliabilidade, com a finalidade de se modelar esse dispositivo de organização assistencial, a partir da elaboração de um Modelo Lógico (ML), bem como elaborar instrumentos para a avaliação de implantação dessa e de outras LC.

3.1 Tipo de estudo

Pesquisa avaliativa com o emprego de dados quantitativos e qualitativos.

A pesquisa avaliativa visa analisar, mediante métodos científicos válidos e reconhecidos, o grau de “adequação” entre os diferentes componentes de uma intervenção. Tem por objetivo, analisar a pertinência, a lógica, a produtividade, os efeitos e a eficiência de uma intervenção, bem como as relações existentes entre a intervenção e o contexto em que se desenrola (CHAMPAGNE et al, 2013).

Realizar a pesquisa avaliativa de uma intervenção pode consistir em realizar uma ou várias dessas análises, utilizando diversas estratégias de pesquisa e considerando as perspectivas dos diferentes atores envolvidos na intervenção (FIGUEIRÓ; DE FRIAS; NAVARRO, 2010).

3.2. Cenário do estudo

Para a primeira etapa do Estudo de Avaliabilidade (EA), ou seja, para a elaboração e validação do Modelo Lógico (ML), o estudo teve como cenário a Região de Saúde do Aquífero

Guarani, que está inserida no Departamento Regional de Saúde (DRS) 13 – Ribeirão Preto, no território de abrangência da Rede Regional de Atenção à Saúde 13 (RRAS 13), conforme distribuição de Regiões apresentada na Figura 1. Esta região é composta por 10 municípios, abrangendo uma população total de 945.738 habitantes (Quadro 1).

Figura 1. Mapa do estado de São Paulo segundo as Redes Regionais de Atenção à Saúde.

Fonte: Secretaria de Estado da Saúde, 2012.

Quadro 1. Composição da Região de Saúde do Aquífero Guarani segundo municípios e população estimada, DRS 13-SP, 2020

DRS XIII RIBEIRÃO PRETO (1.540.287 habitantes)	Região de Saúde	Município	Pop IBGE 2020
	AQUIFERO GUARANI	Cravinhos	35.579
		Guataporá	7.709
		Jardinópolis	44.970
		Luis Antonio	15.292

		Ribeirão Preto	711.825
		Santa Rita do Passa Quatro	27.600
		Santa Rosa de Viterbo	26.753
		São Simão	15.385
		Serra Azul	14.981
		Serrana	45.644
			945.738

Fonte: Secretaria Estadual de Saúde, 2015/ IBGE, 2020

3.3 Coleta de dados

3.3.1. Elaboração e validação do Modelo Lógico da Linha de Cuidado

A elaboração e validação do ML ocorreu no período de maio a setembro de 2019, e seguiu as cinco (5) etapas propostas por McLaughlin e Jordan (1999): 1) Coleta de informações relevantes; 2) Descrição do problema e o contexto; 3) Definição dos elementos do ML; 4) Construção do ML e; 5) Validação do ML.

Os documentos analisados para construção do ML preliminar foram: Portaria GM/MS nº 1.168 de 15 de junho de 2004 (Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal), Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Portaria GM/MS nº 389 de 13 de março de 2014 (Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC), Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC no SUS, Guia Instrutivo para Organização Local da Linha de Cuidado Da Pessoa com DRC, Portaria GM/MS nº 1.675 de 7 de junho de 2018 (Altera portarias e dispõe sobre critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com DRC), Linha de Cuidado da pessoa com DRC da rede de atenção à saúde das pessoas com

doenças crônicas do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto- DRS XIII (BRASIL, 2004; BRASIL, 2010, BRASIL, 2014a,b, c; BRASIL, 2018).

A partir da leitura e análise dos documentos oficiais, as informações foram organizadas segundo as dimensões de Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada e Atenção de Alta Complexidade e, sistematizadas no ML na forma de um diagrama em cores, em que cada cor representa nas linhas as dimensões e nas colunas os componentes da intervenção: Insumo/recursos, Ações/Atividades, Produto, Resultado Intermediário e Resultado/Impacto Final. O modelo produzido foi inicialmente apresentado para 2 profissionais com reconhecido conhecimento acadêmico e assistencial: uma médica nefrologista (Mestre em Ciências da Saúde e Doutoranda em Saúde Pública) e duas enfermeiras atuantes na APS (uma Mestre em Saúde Pública e uma Doutora em Saúde Pública). Essas três profissionais foram escolhidas intencionalmente, dentro do grupo de pesquisa e contribuíram para checagem dos componentes do ML, revisão e complementação de informações. Após essa etapa o ML foi apresentado a informantes-chave por meio de entrevistas semiestruturadas. O grupo de informantes-chave foi selecionado de forma intencional, a partir da indicação de representantes do DRS XIII, de acordo com sua participação na elaboração da linha de cuidado, ser membro de equipe de gestão do DRS, SES ou de município, possuir atuação profissional na assistência (Atenção Primária à Saúde ou Atenção Especializada), e indicação por outro informante-chave. No total foram seis entrevistados: um membro da equipe de planejamento de um município da DRS XIII e participante da elaboração da LC do DRC, um articulador da atenção primária do Aquífero Guarani, um enfermeiro de um serviço de diálise, dois profissionais da equipe de gestão/planejamento do DRS XIII e um profissional da equipe de gestão/planejamento da SES-SP (coordenador do grupo condutor de DCNT).

A validação da versão preliminar do ML teve como objetivo verificar se os componentes e a organização proposta representavam a lógica da LC-DRC, seguindo os questionamentos propostos por MCLAUGHLIN e JORDAN (Quadro 2).

Quadro 2. Questões de validação do Modelo Lógico da Linha e Cuidado do Paciente Portador de DRC.

1. O nível de detalhe é suficiente para criar entendimentos dos elementos e suas interrelações?
2. A lógica do Programa está completa?
3. A lógica do Programa está teoricamente consistente, ou seja, todos os elementos ajustam-se logicamente?
4. Há outros caminhos plausíveis para alcançar os resultados do Programa?

Fonte: McLaughlin e Jordan, 1999.

3.3.2. Elaboração da Matriz de indicadores e Matriz de julgamento

Após a construção e validação do Modelo Lógico da Implantação da LC do Portador de Doença Renal Crônica foi iniciada a etapa de elaboração da matriz de indicadores (matriz de monitoramento) e da Matriz de Julgamento (MJ), que ocorreu no período de março a dezembro de 2020.

A escolha por se construir uma matriz de indicadores para a dimensão da APS deveu-se ao seu significativo papel de coordenação do cuidado e de ordenação da RAS, somado às informações da literatura científica que vêm reforçando o investimento em ações de prevenção, controle e redução de danos como a melhor opção para se minimizar os impactos negativos da DRC.

Para compor o grupo de “*experts*” na etapa de elaboração e seleção de indicadores, de acordo com a metodologia Delfos, foi selecionado intencionalmente um conjunto de Articuladores da Atenção Básica (AAB) do Estado de São Paulo. Realizou-se um contato com a coordenação da Atenção Básica (AB) da SES/SP para apresentação do projeto de pesquisa, solicitação de autorização e indicação de AAB que pudessem participar do estudo.

Importante pontuar que o programa AAB foi criado em 2009 pela SES/SP com o objetivo de qualificar a AB do estado por meio de apoio ao gestor municipal, envolvendo ações de avaliação, monitoramento e desenvolvimento da capacidade de gestão da AB municipal. Os AAB têm como papeis: apoiar o Plano de Fortalecimento da Atenção Básica no âmbito local e

regional; assessorar o desenvolvimento de ações e propostas de melhoria da qualidade da AB, junto aos municípios; desenvolver ações de monitoramento e avaliação da AB em colaboração com os municípios. Nesse sentido, tanto os AAB quanto a Coordenação estadual do Programa foram considerados *stakeholders* da avaliação, com papel estratégico na etapa de elaboração e seleção de indicadores para a matriz de monitoramento da LC do DRC na APS e validação da matriz de julgamento da avaliação.

Uma amostra de conveniência foi composta a partir da indicação de 15 AAB, sendo que 14 aceitaram participar da pesquisa (Quadro 3) e 1 não respondeu ao *email* e ao contato telefônico realizados para explicação do projeto. No primeiro contato, por meio de *web* conferência, foi realizada a explicação do objetivo do estudo, a técnica e a atividade a serem realizadas pelos participantes e a importância de suas contribuições. Após o contato inicial foi enviado um *e-mail* contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, um formulário para identificação do participante e a matriz de indicadores modelo com orientações. No quadro 4 encontra-se a caracterização dos participantes do grupo de “*experts*”.

Quadro 3. Caracterização do Grupo de “Experts”

Itens	Quantitativo
Número	14 participantes
Formação Acadêmica	11 Enfermeiros 02 Assistente Social 01 Bacharel em Ciências 01 Terapeuta Ocupacional
Pós-Graduação	11 com Especialização <i>Lato Sensu</i> 02 com Doutorado 01 com Mestrado
Tempo de atuação como AAB	12 participantes - há mais de 10 anos 02 participantes - de 4 a 6 anos

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Os AAB tiveram em média 20 dias para elaboração de indicadores e/ou sugestões de melhorias nos indicadores propostos. Uma vez recebidas as matrizes devolvidas pelos participantes, os indicadores foram consolidados, acrescentando-se as suas sugestões aos indicadores previamente enviados.

A matriz de indicadores consolidada foi novamente enviada aos participantes, para análise das inclusões e reformulações dos indicadores quanto à relevância e critérios de qualidade dos indicadores. Para a seleção de indicadores, a partir da relevância, foi solicitado aos participantes que atribuísssem um valor de 1 a 9 para cada indicador e para cada critério de qualidade apresentado. As pontuações informadas pelos participantes foram consolidadas no programa Excel (Versão 2011, Microsoft Corp., Estados Unidos). Para cada critério foi calculada a média aritmética e quanto maior a média, maior a importância do critério; o desvio-padrão estimou o grau ou ausência de consenso entre os participantes. Os pontos de corte utilizados para seleção dos indicadores foram aqueles estabelecidos por Souza et al. (2005): 1) Todo critério com média igual ou superior a sete foi considerado como importante. Abaixo disso não foi considerado para compor a matriz final; 2) Todo critério com desvio-padrão inferior a três foi considerado consensual; 3) Os critérios com média igual ou superior a sete, mas com desvio-padrão igual ou superior a três, não compuseram a matriz final, pois não houve consenso.

Para a elaboração da matriz de julgamento foram utilizados os parâmetros já definidos na etapa de criação de indicadores como referência para pontuação máxima e a matriz foi novamente submetida à apreciação dos AAB, para verificação de concordância quanto às pontuações e validação final.

Na estimativa do grau de implantação na dimensão da APS da LC da DRC, os indicadores analisados receberam uma pontuação, que variou de 0 a 3, sendo 3 para o alcance do parâmetro proposto. O cálculo do grau de implantação por componente será obtido pela relação entre o somatório da pontuação observada e da pontuação máxima esperada por componente, multiplicada por 100. A partir do escore alcançado, será classificado o grau de implantação das dimensões em três categorias: $\geq 66,6$ a 100% - Implantação satisfatória; $\geq 33,33$ a $< 66,6$ % - Implantação Parcial; ≥ 1 a $< 33,33$ % - Implantação Incipiente.

3.4. Procedimentos éticos

O desenvolvimento da pesquisa em cumprimento a Resolução 466/2012 e Capítulo IV da Resolução 251/97, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/CSE-FMRP-USP, sob o número CAAE: 58545116.3.0000.5414. A autorização para a realização da pesquisa foi aprovada em reunião

da Comissão Intergestora Regional (CIR), da RS do Aquífero Guarani da DRS XIII, realizada em 31/08/2016, composta pelas secretarias municipais de saúde dos municípios. No município de Ribeirão Preto, o projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (CAPP/SMSRP). Foi realizado o contato com os participantes da pesquisa para convidá-los a participar da mesma, após a explicação dos objetivos, do método proposto e das implicações decorrentes da participação.

4. RESULTADOS

A primeira parte dos resultados do presente estudo foi a produção de um artigo de revisão de escopo acerca do conceito de RAS, publicado na Revista Escola Anna Nery, sob o título: Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo (Artigo 1- Item 4.1).

A segunda etapa foi o estudo de avaliabilidade, com a construção de um ML da LC da pessoa Portadora de DRC, elaboração e validação de uma matriz de indicadores de monitoramento da LC na APS e elaboração e validação de uma matriz de julgamento para realização de uma avaliação normativa de implantação da LC na APS. Essa etapa resultou na elaboração de um artigo a ser submetido para publicação, intitulado: Estudo de Avaliabilidade da Linha de Cuidado do Paciente portador de Doença Renal Crônica (Artigo 2 - Item 4.2).

O ML foi apresentado durante o 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde (APÊNDICE III): Liliane Cristina Nakata; Janise Braga Barros Ferreira. MODELO LÓGICO DE UMA LINHA DE CUIDADO: A VALORIZAÇÃO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA. In: ANAIS DO 8º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 2019, João Pessoa. Anais eletrônicos. Campinas, Galoá, 2019. Disponível em: <<https://proceedings.science/8o-cbcsbs/papers/modelo-logico-de-uma-linha-de-cuidado--a-valorizacao-do-processo-de-construcao-compartilhada>> Acesso em: 11 jan. 2021.

Para auxiliar na execução da avaliação normativa de implantação da LC da pessoa portadora de DRC na APS foi elaborado um manual de aplicação, de modo que possa ser realizada uma autoavaliação (Item 4.3).

4.1. Artigo 1 - Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo

NAKATA, Liliane Cristina; FELTRIN, Aline Fiori dos Santos; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi and FERREIRA, Janise Braga Barros. Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo. Esc. Anna Nery [online]. 2020, vol.24, n.2, e20190154. Epub Jan 24, 2020. ISSN 2177-9465. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0154>. (ANEXO I)

Artigo de Revisão

Características da rede de atenção à saúde

Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo

Health care network concept and its key features: a scoping review

Concepto de red de atención médica y sus características claves: una revisión de alcance

Liliane Cristina Nakata¹

<https://orcid.org/0000-0002-7590-3365>

Aline Fiori dos Santos Feltrin¹

<https://orcid.org/0000-0001-5131-9116>

Lucieli Dias Pedreschi Chaves²

<https://orcid.org/0000-0002-8730-2815>

Janise Braga Barros Ferreira¹

<https://orcid.org/0000-0001-7480-937>

¹Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP Brasil.

²Departamento de Enfermagem Geral e Especializada, Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP. Brasil.

Autor Correspondente:

Janise Braga Barros Ferreira

E-mail: janise@fmrp.usp.br

RESUMO

Objetivo: Mapear as evidências científicas nacionais e internacionais acerca das características elencadas no conceito de rede de atenção à saúde. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo, realizada a partir da consulta nas bases de dados PubMed, Lilacs, Scopus e CINAHL. A busca foi realizada de setembro a outubro de 2017, de forma concomitante em todas elas, tendo retornado um total de 820 registros e, após aplicação de filtros e critérios de inclusão e exclusão, 10 manuscritos compuseram a amostra. **Resultados:** Mapeou-se 29 características-chave presentes nos conceitos de rede de atenção à saúde, tais como: integralidade, território definido, cooperação, coordenação, equidade, qualidade, integração, variedade de serviços, racionalidade, interdependência, garantia de direito, intersectorialidade, eficiência, eficácia, interligação, humanização, objetivo comum, longitudinalidade, ampliação do acesso, garantia de acesso, articulação, regulação, adaptabilidade, flexibilidade, abertura, fluidez, horizontalidade, formalização por contrato. **Conclusão e Implicações para a prática:** As características expressaram complementaridade na formação do conceito de rede de atenção à saúde. No entanto, nota-se a ausência de um conceito totalizante para rede de atenção à saúde capaz de apresentar sua real abrangência e significado. Acredita-se que a compreensão do conceito e suas características influencie a operacionalização, governança e avaliação de desempenho da rede de atenção à saúde.

Palavras Chave: Sistema de Saúde. Serviços de Saúde. Formação de Conceito. Revisão.

ABSTRACT

Objective: To map the national and international scientific evidence about the characteristics that make up the concept of health care network. **Method:** This is a scope review based on the PubMed, Lilacs, Scopus and CINAHL databases. The search was carried out from September to October 2017 concurrently in all of them having returned a total of 820 records and after applying filters and inclusion and exclusion criteria 10 manuscripts composed the sample. **Results:** The results showed 29 characteristics present in health network concepts, such as: integrality, defined territory, cooperation, coordination, equity, quality, integration, variety of services, rationality, interdependence, legal assurance, intersectoriality, efficiency, effectiveness interconnection, humanization, common objective, longitudinality, access expansion, access guarantee, articulation, regulation, adaptability, flexibility, openness, fluidity, horizontality and formalization by contract. **Conclusion and Implications for practice:** The characteristics expressed complementarity in the formation of the concept of

health care network. However, the lack of a totalizing concept for a health care network capable of presenting its real scope and meaning. Understanding the concept and its characteristics is believed to influence the operationalization, governance and performance evaluation of the health care network.

Keywords: Health System. Health Services. Concept Formation. Review.

RESUMEN

Objetivo: Mapear la evidencia científica nacional e internacional sobre las características que conforman el concepto de red de atención médica. **Método:** Esta es una revisión del alcance basada en las bases de datos PubMed, Lilacs, Scopus y CINAHL. La búsqueda se llevó a cabo de septiembre a octubre de 2017 simultáneamente en todos ellos, después de haber devuelto un total de 820 registros y después de aplicar filtros y criterios de inclusión y exclusión, 10 manuscritos compusieron la muestra. **Resultados:** Los resultados mostraron 29 características presentes en los conceptos de red de salud, tales como: integridad, territorio definido, cooperación, coordinación, equidad, calidad, integración, variedad de servicios, racionalidad, interdependencia, garantía de derecho, intersectorialidad, eficiencia, eficacia, interconexión, humanización, objetivo común, longitudinalidad, ampliación del acceso, garantía de acceso, articulación, regulación, adaptabilidad, flexibilidad, apertura, fluidez, horizontalidad, formalización por contrato. **Conclusión e Implicaciones para la práctica:** Las características expresaron complementariedad en la formación del concepto de red asistencial. Sin embargo, no existe un concepto totalizador para la red de atención médica capaz de presentar su alcance y significado reales. Se cree que comprender el concepto y sus características influye en la operacionalización, la gobernanza y la evaluación del desempeño de la red de atención médica. **Palabras-clave:** Sistema de Salud. Servicios de Salud. Formación de Concepto. Revisión.

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde têm o objetivo de promover, restaurar e manter a saúde de uma população, sendo compostos por um conjunto de serviços que se comunicam entre si buscando a proteção social¹. A análise histórica dos sistemas de saúde tem mostrado que, até a primeira metade do século XX, eles se voltaram para as doenças infecciosas e, na segunda metade, para as condições agudas. Os progressos da ciência biomédica e a implementação de medidas de saúde pública reduziram o impacto de inúmeras doenças transmissíveis, na maior parte dos países desenvolvidos. Portanto, os atuais sistemas de saúde se organizaram para tratar

problemas agudos e necessidades prementes dos pacientes e, nesse início de século XXI, em que as condições crônicas estão se tornando mais expressivas, observa-se a disparidade quando se adota o modelo de tratamento agudo para atenção aos problemas crônicos².

De outro modo, é fato que houve avanços substantivos na abordagem das condições de saúde, nas últimas décadas, com redução das taxas de mortalidade e melhora da expectativa de vida, em todo o mundo. Não obstante, em muitos países, a transição epidemiológica permanece registrada na magnitude das doenças crônicas e de seus efeitos indesejáveis para a pessoa, as famílias e os sistemas de saúde. Essa situação implica na necessidade de se adequar a abordagem a essas condições de saúde, objetivando-se o alcance de qualidade de vida e melhor desempenho dos sistemas de saúde³.

No contexto nacional, nota-se a situação de saúde marcada pela tripla carga de doenças (doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, as causas externas e persistência das doenças transmissíveis), aliada ao acelerado envelhecimento da população e a um sistema de saúde, que apesar de poder celebrar conquistas, ainda se mostra não totalmente organizado para o enfrentamento deste cenário^{4,5}.

Essa situação se constitui em uma ameaça sob a perspectiva econômica e da saúde, de modo que, os sistemas de saúde devem ser reorganizados para enfrentar os desafios relacionados à eficiência e efetividade de suas ações, por meio da adoção de estratégias eficazes, principalmente, para o manejo das condições crônicas².

Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde (OMS) orienta que os sistemas de saúde se resguardem contra a fragmentação dos serviços, uma vez que o tratamento das condições crônicas requer a integração, garantindo o compartilhamento das informações entre os seus diferentes componentes através do tempo, bem como a coordenação do financiamento em todos os âmbitos do sistema. Destaca que os serviços integrados resultam em melhor qualidade de saúde, reduz o desperdício no uso de recursos físicos, materiais e profissionais, alcançando maior eficiência e, ainda uma experiência satisfatória aos usuários².

Segundo Coile⁶ o futuro dos sistemas de saúde consiste em integrarem-se em Redes de Atenção à Saúde (RAS), trabalhando de modo mais cooperativo e operacionalizado sob uma visão compartilhada, com a eliminação de redundâncias, a implantação de diretrizes clínicas, integração horizontal e vertical dos serviços e foco na qualidade. As evidências apontam que a implantação das redes de atenção à saúde produz resultados positivos, tais como: redução da fragmentação da atenção; melhora da eficiência global do sistema; a não multiplicação de infraestrutura e serviços; resposta melhor às necessidades e às expectativas das pessoas;

melhora do custo efetividade dos serviços de saúde; redução das hospitalizações desnecessárias; diminuição da utilização excessiva de serviços e exames; diminuição do tempo de permanência hospitalar; produção de economias de escala e de escopo; aumento da produtividade do sistema; melhora da qualidade da atenção; produção de uma oferta balanceada de atenção geral e especializada; facilitação da utilização dos diferentes níveis de atenção pelas pessoas; aumento da satisfação dos usuários e do autocuidado⁷.

No Brasil, o conceito de RAS, sob a ótica organizativa de sistema de saúde, a despeito de estar inserido nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e em suas normativas operacionais, passa a ser mais aplicado a partir do Pacto pela Saúde 2006, integrando a proposta de fortalecimento da regionalização, de interdependência e relacionamento direto entre as três esferas de sua gestão^{8,9}. Com a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/2010 e do Decreto nº 7.508/2011 é disparado um movimento nas regiões de saúde, na direção de se construir e operacionalizar a RAS, com a publicação das diretrizes para a sua organização^{10,11}.

No entanto, verifica-se que, ao menos no Brasil, embora se tenha, no SUS, uma definição de conceito para a RAS, ele pode ser compreendido de diferentes formas entre os atores que atuam na área da saúde, uma vez que a palavra rede tem vários significados. Em sua origem, a palavra rede, oriunda do latim *retem*, define uma estrutura que tem um padrão característico¹².

Considerando o desafio de reorganização dos sistemas de atenção à saúde e tendo a rede de atenção à saúde como uma estratégia para essa reorganização, este estudo tem como objetivo mapear as evidências científicas nacionais e internacionais acerca das características elencadas no conceito de rede de atenção à saúde.

MÉTODO

A revisão de escopo ou *scoping review* foi a escolha para o desenvolvimento deste estudo como método de agrupamento dos dados e síntese do conhecimento, que pode ser utilizado para mapear os principais conceitos que sustentam uma área de pesquisa, ou ainda esclarecer definições de trabalho e/ou os limites conceituais de um tópico ou campo de estudo^{13,14}. Assim, realizou-se a análise de escopo sistemática e os dados foram analisados e sintetizados de forma narrativa.

Utilizando a estratégia população, conceito e contexto (PCC)^{13,14} foram incluídos nesta revisão de escopo estudos: a) quanto à população: qualquer grupo ou país de estudo; b) quanto ao conceito: apresentar explicitamente o conceito de rede de atenção à saúde e suas

características; c) quanto ao contexto: organização do sistema de saúde. Essa estratégia foi empregada para responder a seguinte questão: Quais as evidências científicas nacionais e internacionais acerca das características elencadas no conceito de rede de atenção à saúde?

Quanto ao tipo de estudos foram incluídos: estudos com abordagem quantitativa e qualitativa, estudos primários, revisões sistemáticas, metanálises e/ou metassínteses, livros e *guidelines*, publicados nos idiomas inglês, ou espanhol ou português, em fontes indexadas ou na literatura cinzenta, disponíveis *online* nas bases de dados consultadas. Foram excluídas as publicações em outros idiomas e que deixaram de apresentar o conceito de rede de atenção à saúde de forma explícita. O período escolhido para a pesquisa abrangeu o início operativo do SUS (1990) ao final do primeiro semestre de 2017.

As bases de dados utilizadas foram a National Library of Medicine (PubMed), Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (Lilacs), SciVerse Scopus (Scopus) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). A busca em tais bases de dados foi realizada de setembro a outubro de 2017, de forma concomitante em todas elas, por dois revisores.

Para a busca nas quatro bases de dados foi considerada a seguinte palavra-chave: “rede de atenção à saúde” (health care networks) e o cruzamento desta com os descritores controlados ““Health Services”; “Delivery of Health Care, Integrated”; “Health Care Delivery”; “Health Promotion”; “National Health Programs”; “Health Systems Plans”; “Regional Health Planning”, com o uso do operador booleano “OR”, referenciados pelo DECS/MESH. A busca na base dados Lilacs foi trilingue (português, inglês e espanhol) e, nas demais bases foram empregados descritores e a palavra chave na língua inglesa, sendo realizada de modo integrado nos campos título, resumo e assunto. As estratégias de busca segundo cada base de dados estão apresentadas no Quadro 4.

Quadro 4. Estratégia de busca nas bases de dados e número de resultados.

Bases de dados	Estratégia	Nº de artigos
Pubmed	(((((("Health Services"[Mesh:NoExp]) OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp]) OR "Delivery of Health Care"[Mesh:NoExp]) OR "Health Promotion"[Mesh:NoExp]) OR "Regional Health Planning"[Mesh:NoExp]) OR "Health Systems Plans"[Mesh] AND "Health Care Networks" Filters: From 1990/01/01 to 2017/12/31, Spanish, Portuguese, English.	47
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (("Health Services" OR "Health Care Delivery, Integrated" OR "Health Care Delivery" OR "Health Promotion" OR "National Health Programs" OR "Health Systems Plans" OR "Regional Health Planning")) AND TITLE-ABS-KEY ("Health	200

	Care Networks")) AND PUBYEAR > 1989 AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "cp") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "ip")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish"))	
Lilacs	("servicos de saude" or "atencao a saude" or "regionalizacao" or "promocao da saude" or "assistencia a saude") [Descritor de assunto] and redes [Palavras] and "1990" or "1991" or "1992" or "1993" or "1994" or "1995" or "1996" or "1997" or "1998" or "1999" or "2000" or "2001" or "2002" or "2003" or "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" or "2010" or "2011" or "2012" or "2013" or "2014" or "2015" or "2016" or "2017" [País, ano de publicação]	549
CINAHL	(MH "Health Services") OR (MH "Health Care Delivery, Integrated") OR (MH "Health Care Delivery") OR (MH "Health Promotion") OR (MH "National Health Programs")) AND "Health Care Networks"	24

Fonte: Dados da pesquisa.

Os artigos e documentos técnicos foram selecionados pelo título e resumo e, posteriormente, avaliados na íntegra objetivando a seleção final do material para responder à questão norteadora. A leitura do material foi realizada por dois pesquisadores, de forma independente, com preenchimento de instrumento para coleta de dados, buscando minimizar possível viés de seleção dos estudos. Os impasses relativos à inclusão ou exclusão dos artigos foram resolvidos por meio de discussão e alcance de consenso entre as pesquisadoras, ou por consulta a um terceiro revisor (todos são autores da revisão). O instrumento de coleta de dados extraiu as seguintes informações dos estudos selecionados: identificação do artigo/documento técnico, ano de publicação, tipo de documento, tipo de estudo, procedência (local onde os dados do estudo foram coletados) e o conceito de rede de atenção à saúde. Após a seleção da amostra final de artigos/documentos foi realizada a extração das características chaves presentes nos conceitos de rede de atenção à saúde, com a finalidade de se identificar as semelhanças, diferenças e complementaridades.

A consulta nas quatro bases de dados indicadas retornou 820 artigos/documentos técnicos, destes, dez artigos/documentos atenderam aos critérios de inclusão e compuseram a amostra inicial deste estudo. Posteriormente, com a finalidade de se ampliar as possibilidades de identificação de características presentes no conceito de rede de atenção à saúde, foi realizada uma nova busca nas referências bibliográficas dos artigos/documentos que compuseram a amostra inicial. A busca reversa possibilitou a seleção de nove artigos/documentos a partir dos títulos e, após exclusão de repetições e leitura completa dos artigos/documentos, restaram três que apresentaram o conceito explícito de rede de atenção à

saúde. No entanto, o conceito abordado nesses três trabalhos foi o mesmo de artigos/documentos da amostra inicial, o que justificou a não inclusão dos mesmos nessa revisão. Dessa forma, a amostra final manteve-se em dez artigos/documentos, cujas etapas de seleção do material estão apresentadas no fluxograma, segundo o Modelo Prisma¹⁵, apresentado na Figura 2.

Figura 2. Diagrama de Fluxo Prisma (Adaptado) do processo de seleção dos artigos.

Fonte: Dados da pesquisa.

RESULTADOS

Os países de publicação dos estudos que compuseram a amostra (n=10), foram: Brasil, quatro (40%), Estados Unidos com dois (20%) estudos, Argentina, Canadá, Chile e Reino Unido com um (10%) estudo cada país, apresentados no Quadro 5. Um dos estudos publicado nos Estados Unidos referiu-se a uma publicação da Organização Panamericana de Saúde

(OPAS). Desses estudos, seis (60%) são artigos de revisão, um (10%) estudo de caso e três (30%) são manuais técnicos.

Quadro 5. Artigos e documentos técnicos selecionados segundo título, autor, tipo de estudo, tipo de documento, ano de publicação e país de estudo.

	Título	Autores	Tipo de Estudo	Tipo de Documento	Ano	País de Estudo
1	Building legitimacy and the early growth of health networks for the uninsured.	¹⁶ Provan KG; Lamb G; Doyle M	Revisão	Artigo Científico	2004	Estados Unidos
2	Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”	¹⁷ Hartz ZM; Contandriopoulos AP.	Revisão / Teorização	Artigo Científico	2004	Brasil
3	Organizing the public health-clinical health interface: Theoretical bases	¹⁸ St-Pierre M, Reinhartz D; Gauthier JB.	Revisão / Teorização	Artigo Científico	2006	Canadá
4	Understanding power relationships in health care networks	¹⁹ Addicott R; Ferlie E.	Estudo de casos	Artigo Científico	2007	Reino Unido
5	Health care networks.	⁵ Mendes EV.	Revisão / Teorização	Artigo Científico	2010	Brasil
6	Mejora de los cuidados crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud	²⁰ Barceló A; Luciani S; Agurto I; Ordúñez P et al. Organización Panamericana de la Salud.		Documento Técnico	2012	Estados Unidos
7	Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina	²¹ Artaza Barrios O. (Coord.); Organización Panamericana de la Salud.		Documento Técnico	2017	Argentina
8	Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate	²² Kuschnir R; Chorny AH.	Revisão de Literatura	Artigo Científico	2010	Brasil
9	Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos	²³ Santos L; Andrade LOM de.	Revisão de Literatura	Artigo Científico	2011	Brasil
10	Redes de atención GES y no GES	²⁴ Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Gestión de Garantías Explícitas en Salud. División de Gestión de Redes Asistenciales.		Documento Técnico	2013	Chile

Fonte: Dados da pesquisa.

No quadro 5 também pode se observar que houve uma regularidade na frequência de publicação por ano dos artigos que compuseram a amostra final do estudo. Dois artigos foram

publicados em 2004, dois em 2010 e nos outros anos um artigo por ano.

A partir dos estudos selecionados foi realizada a extração das características chaves apresentadas nos conceitos (Quadro 6), sendo possível a elaboração de um mapa dos resultados pelo número de estudos que apresentaram as mesmas características chaves (Figura 3). O mapa de resultados é uma representação gráfica, conforme sugerido no método adotado^{13,14}, no qual foram utilizados hexágonos diferenciados por cores e tamanhos (decrecentes da esquerda para a direita) para indicar cada uma das características e o número de estudos em que tais características se fizeram presentes.

Quadro 6. Conceitos de rede de atenção à saúde retirados da amostra, país de origem dos estudos e características-chaves extraídas dos conceitos.

	Conceito de Rede	País de Estudo	Características chaves
1	Rede utilizada para descrever arranjos cooperativos entre fornecedores autônomos que são voluntários e não necessariamente permanentes, mas que podem se tornar cada vez mais formalizados ao longo do tempo e cuja integração de seus serviços se mostra útil e benéfica tanto para as organizações provedoras como para seus pacientes e clientes ¹⁶ .	Estados Unidos	Integração Cooperação Formalização
2	Redes assistenciais como organização para se alcançar a integralidade, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida ¹⁷ .	Brasil	Integralidade Interdependência Racionalidade
3	Rede como fornecimento dos vários serviços de saúde de uma maneira mais integrativa, a fim de melhor atender às crescentes necessidades dos pacientes e do público em geral ¹⁸ .	Canadá	Integração Variedade de serviços
4	Interligação entre grupos de profissionais de saúde e organizações de cuidados primários, secundários e terciários que trabalham juntos, de forma coordenada, sem restrições por fronteiras profissionais (e organizacionais) existentes para garantir a prestação equitativa de serviços altamente eficazes e de alta qualidade ¹⁹ .	Reino Unido	Interligação Cooperação Coordenação Eficácia Equidade Qualidade
5	As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população ⁵ .	Brasil	Cooperação Integralidade Eficiência Território definido Interdependência Coordenação Qualidade Humanização Variedade de serviços Objetivo comum
6	Redes integradas de serviços de saúde são entendidas como um grupo de organizações que fornecem ou providenciam serviços de saúde equitativos e integrados para uma população definida. As RISS são integrais o que significa que prestam serviços que cobrem todos os níveis de prevenção, de maneira coordenada e integrada com todos os níveis e pontos de atenção ²⁰ .	América Latina Organização Panamericana de Saúde	Integração Integralidade Território definido Equidade Longitudinalidade
7	Redes Integradas de Serviços de Saúde – RISS – são “um conjunto de organizações que fornecem serviços de saúde de forma coordenada,	Argentina	Eficiência Integralidade

	abrangente e equitativa para uma população definida, dispostos a prestar contas de seus resultados clínicos e financeiros e do estado de saúde da população que serve". As RISS requerem uma série de atributos essenciais, para assegurar a realização do direito à saúde por meio de ações integrais com e para comunidades e pessoas, garantindo acesso, oportunidade, continuidade de cuidados e atendimento de qualidade ²¹ .		Território definido Coordenação Equidade Qualidade Garantia de direito Garantia de acesso Variedade de serviços
8	As redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando o acesso e diminuindo desigualdades ²² .	Brasil	Equidade Ampliação do acesso Garantia de direito
9	Rede de serviços de saúde ou de atenção à saúde é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária ²³ .	Brasil	Articulação Integralidade Território definido Intersetorialidade Equidade Regulação Racionalidade
10	A Rede de Saúde é uma modalidade organizacional e de gestão, adotada pelos membros vinculados e suas características dominantes são adaptabilidade, a flexibilidade, a abertura, a horizontalidade, a fluidez. Os conceitos que governam um sistema de rede são: linguagem comum, regras determinadas, informações relevantes, coordenação e qualidade. É, portanto, definida como um conjunto de organizações ligadas no processo saúde - doença, que interagem de forma coordenada dentro de um território designado, por meio de vínculos institucionais ou contratuais. O vínculo gerado é horizontal, de relacionamento entre pares, delimitado por acordos normativos que entre eles se estabelecem, fora dos regulamentos burocráticos das respectivas instituições, a que pertencem ou podem pertencer ²⁴ .	Chile	Adaptabilidade Flexibilidade Abertura Fluidez Horizontalidade Território definido Cooperação Intersetorialidade Coordenação Qualidade Contratualização

Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 3. Mapa do resultado de acordo com o número de estudos da revisão que apresentaram as mesmas características-chaves.

Fonte: Elaborado pelas autoras

DISCUSSÃO

Este estudo se propôs a fazer uma análise das características-chaves elencadas no conceito de rede de atenção à saúde, utilizado no contexto da saúde, uma vez que o vocábulo “rede” possui muitos significados, especialmente na língua portuguesa. Ainda assim, embora seja uma expressão com muitos enfoques, todos são baseados em uma imagem comum: a de pontos interligados²⁵.

É importante destacar que a primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1920, e apresentava uma proposta de organização da provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região. A leitura do relatório, ainda hoje, se mostra atual e é preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS), pois foi adotado como referencial por alguns países que instituíram sistemas universais de saúde^{22,26}.

O relatório Dawson introduziu a ideia da territorialização e formulou os conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes. Muito embora descrevesse a rede como forma de organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade, em sua representação considerou basicamente serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade²⁶.

Cabe aqui diferenciar sistema de saúde e sistema de serviços de saúde. O primeiro é definido pela OMS como um conjunto coerente de diversos componentes inter-relacionados, seja setorial ou intersetorial, que produzem um efeito na população, cuja configuração é influenciada por seus objetivos e seus valores fundamentais¹. Já o Sistema de Serviços de Saúde pode ser definido como um subsistema unisetorial, responsável pelas ações de saúde propriamente ditas²⁷.

Desse modo, neste artigo, a expressão “sistema de saúde” é empregada para indicar o conjunto de elementos que impactam de forma mais abrangente o estado de saúde, levando em consideração não apenas as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, mas também ações que considerem outros determinantes sociais da saúde, ou seja, a organização que indica a necessidade de ações intersetoriais para a manutenção da condição de saúde. Por sua vez, a expressão “serviços de saúde” é empregada para se referir à organização que considera ações e serviços restritos ao setor saúde, ou seja, indica uma organização unisetorial²⁸.

Importante também apresentar o significado de intersetorialidade, compreendido neste estudo, como aquele que incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, de direitos

sociais, transcendendo um único setor social. Deste modo, a construção da intersectorialidade ocorre a partir da articulação de vários setores e envolve distintos atores sociais, tais como: governo, sociedade civil, movimentos sociais, universidades, autoridades locais, setor econômico e mídia, tendo como princípio a reunião de vários saberes e possibilidades de atuação, no sentido de se viabilizar um olhar mais amplo sobre a complexidade do objeto, possibilitando a análise dos problemas e das necessidades, em um dado território^{29,30}.

A integralidade foi a característica chave que apareceu em 50% dos conceitos da amostra estudada. No SUS, a integralidade da atenção é um de seus princípios e é entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema³¹. Com enfoque na assistência em saúde e em cuidados integrados, em todos os pontos de atenção, aqui compreendidos como cuidados de atenção primária, secundária e terciária, verifica-se que a integralidade pode considerar apenas aspectos do setor saúde e estar associada a uma visão específica do cuidado, compondo o campo da organização na gestão da clínica, o que traz a noção da dimensão de integração vertical³². De outro modo, pode ser mais abrangente e estar relacionada às dimensões vertical e horizontal, garantindo além do acesso aos diversos pontos da rede, o enfoque na promoção, proteção e recuperação da saúde³³.

As características cooperação, presente em 40% da amostra, integração em 30%, interdependência em 20% e interligação e articulação em 10% complementam o sentido da integralidade, remetendo à interdependência dos atores e organizações das redes de atenção à saúde, diante da constatação de que nenhuma deles dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde, de uma população em seus diversos ciclos de vida¹⁷.

St-Pierre et al. trazem a discussão de rede, no contexto de integração de serviços de saúde pública e saúde clínica, uma vez que no sistema de saúde canadense esses serviços foram em grande parte fornecidos por componentes organizacionais separados que evoluíram de forma autônoma. A saúde clínica centrou-se nos usuários dirigindo as suas atividades às dimensões curativas e reabilitacionais, enquanto a saúde pública direcionou sua atenção para a população como um todo e seus subgrupos, particularmente, os segmentos mais vulneráveis, no interesse da prevenção de doenças e promoção da saúde¹⁸. Já Provan et al. destacam a rede de atenção à saúde para se referir ao conjunto de prestadores de serviços e profissionais de saúde que juntos podem oferecer prontamente uma variedade de serviços, garantindo cuidado integral por meio de um sistema bem coordenado de encaminhamentos, faturamento e

registros¹⁶.

Variedade de serviços foi uma característica constante em 30% da amostra e complementou a compreensão da rede de atenção à saúde como uma estrutura ampla e complexa de serviços, tal como apresentado no documento técnico procedente do Chile, no qual a rede de atenção à saúde é apresentada como organizações ligadas à abordagem do processo saúde-doença, que interagem de forma coordenada dentro de um território designado e que devem estar envolvidas e comprometidas com soluções cooperativas das necessidades das pessoas e comunidades²⁴. Pode interagir por meio de vínculos institucionais ou contratuais, destacando a natureza horizontal da ligação gerada, uma relação entre pares, delimitada por acordos normativos estabelecidos entre eles²⁴.

Santos e Andrade propõem que a integração dos serviços em rede de atenção à saúde seja organizada por especialidade, nível de atenção, ciclo de vida ou outros critérios, tendo a finalidade de melhorar a eficiência e a racionalidade dos serviços, gerando economia, expansão dos serviços, melhoria do acesso, redução na duplicidade de serviços e a repetição de procedimentos e exames. Esses autores, então, recomendam que a rede de atenção à saúde seja eficiente, racional, econômica e equitativa²³.

Racionalidade e Eficiência foram características observadas em 20% da amostra. Conforme apresentado por Viacava et al. a eficiência em saúde se apresenta como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado³⁴. Desse modo, verifica-se a complementação do sentido da eficiência com a inclusão da característica racionalidade na rede de atenção à saúde, uma vez que se relaciona com a otimização no uso dos recursos, por meio da concentração dos serviços menos frequentes (especializados e alta complexidade tecnológica) e disseminação dos serviços mais prevalentes (atenção básica e especialidade de média e baixa complexidade tecnológica). Observa-se, portanto, que tais características contemplam uma organização que vislumbra ganho em escala, contribuindo para a sustentabilidade da rede de atenção à saúde.

A regulação, registrada em 10% dos conceitos, pode ser compreendida como ferramenta promotora de equidade, acessibilidade e de integralidade, com objetivo de produção de ações diretas e finais de atenção à saúde e está direcionada aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados³³. Vilarins et al. salientam que embora o termo regulação seja polissêmico, é na área econômica que encontra maior ressonância, como um instrumento de equilíbrio entre oferta e demanda, de modo a oferecer eficiência ao sistema, com geração de resultados positivos³⁵.

Seguindo essa lógica organizativa, a formalização dos vínculos e papéis dos serviços e atores, bem como a contratualização (assinalada em 10% dos conceitos), também se apresentaram como características importantes para o estabelecimento e organização da rede de atenção à saúde. Na amostra selecionada, a comunicação e a importância do diálogo foram citadas em apenas um dos trabalhos. E, pouca relevância foi dedicada às tecnologias de informação e comunicação (TIC), como meio de auxiliar o desempenho satisfatório da rede de atenção à saúde. Essa desconsideração às TICs provoca estranheza, uma vez que a sua utilização é estratégica para o exercício da coordenação e regulação da rede de atenção à saúde.

Por sua vez, Artaza destaca que a rede de atenção à saúde é muito mais que um sistema informatizado, normas de referência e contrarreferências e acordos para encaminhamento de pacientes doentes, mas que se trata de uma construção permanente de pessoas e organizações articuladas, envolvidas e comprometidas com a solução cooperativa das necessidades das pessoas e comunidades²¹.

Alguns artigos também fizeram apontamentos sobre o papel dos profissionais de saúde na rede de atenção à saúde, a fim de aproximar preocupações e intervenções individuais e coletivas e imprimir legitimidade à rede de atenção à saúde^{16,18}. Da mesma forma, Arruda et al. destacam a necessidade de os profissionais de saúde compreenderem sua atribuição dentro da rede de atenção à saúde, como parte de um todo que funcionará a contento, se houver atuação integrada, permitindo o fluxo livre entre os seus diferentes pontos, o que se manifesta na força do trabalho em equipe³⁶.

Mendes detalha os elementos que constituem a rede de atenção à saúde, a saber: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. E destaca que a RAS tem como essencial característica ter sua atenção baseada na população, ou seja, possui habilidade de estabelecer as necessidades de saúde de uma população, sob sua responsabilidade, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências. Diante disso, introduz a importância da definição do território, característica presente em 50% dos conceitos, considerando que a população vive em espaços singulares e se organizam socialmente em famílias, devendo, portanto, serem conhecidas e cadastradas. Ainda com relação à população, enfatiza a importância de ela ser subdividida em subpopulações, de acordo com fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas⁵.

A coordenação, pautada em 40% dos conceitos, apresentou-se como relevante característica de uma rede de atenção à saúde. Alguns estudos indicam que a organização dos

sistemas de saúde em RAS, coordenadas pela Atenção Primária a Saúde (APS), pode desempenhar um impacto significativo na saúde da comunidade, com custos suportáveis, estando engendrada no arcabouço jurídico e político do SUS³⁷. Para que a APS seja considerada coordenadora das RAS são necessários investimentos em tecnologias nas unidades de saúde, adequação da infraestrutura física, introdução de sistemas logísticos e de apoio, educação na saúde, dentre outros³⁸.

A intersectorialidade, presente em apenas 20% da amostra, cujo conceito adotado neste estudo foi apresentado anteriormente, constitui-se em uma característica fundamental para demonstrar a abrangência do conceito de rede de atenção à saúde. Os conceitos que registraram de forma clara a intersectorialidade como característica, se mostram mais abrangentes, e convergem para a compreensão de rede de atenção à saúde como estratégia para organização do sistema de saúde. Os conceitos que deixaram de apresentar tal característica se tornaram menos extensivos, limitando-se à unisetorialidade e, portanto, incorporando a concepção de rede de atenção à saúde como uma estratégia para organização de serviços de saúde.

Em síntese, as características que formaram o conceito mais abrangente de rede de atenção à saúde expressaram uma forma de organização que visa garantir direitos, por meio da ampliação do acesso e organização de serviços de saúde intersetoriais, de forma longitudinal e humanizada, em território definido. Essa organização pode ocorrer por meio da formalização de vínculos e processos de trabalho, bem como de sistemas de informação integrados que contribuem para a regulação de serviços, coordenação do cuidado, evitando duplicações, podendo alcançar uma maior capacidade resolutiva e as várias dimensões da integralidade, a eficiência e a efetividade, resultados obtidos em decorrência de troca, colaboração e interdependência.

Ressalta-se a abundância de estudos a respeito da estruturação e formato da rede de atenção à saúde, uma vez que a busca inicial, nessa revisão, retornou 820 publicações, mas que, em sua maioria, não apresentaram explicitamente a sua conceituação. Nesse universo e mesmo entre a amostra selecionada para este artigo, assinala-se que a gestão da rede de atenção à saúde se coloca como um grande desafio. Destarte, é premente o investimento na governança das RAS, ao se contemplar a abordagem da complexidade relacional e de poder entre os atores das esferas de governo, da comunidade, das organizações e das instâncias de pactuação e de decisão, do campo da saúde. Nessa perspectiva, a rede colaborativa³⁹ se apresenta como um caminho mais efetivo para o alcance dos objetivos dos sistemas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão de escopo permitiu o acesso ao estado atual do conhecimento sobre as características-chaves elencadas nos conceitos de rede de atenção à saúde, tais como: integralidade, território definido, cooperação, coordenação, equidade, qualidade, integração, variedade de serviços, racionalidade, interdependência, garantia de direito, intersetorialidade, eficiência, eficácia, interligação, humanização, objetivo comum, longitudinalidade, ampliação do acesso, garantia de acesso, articulação, regulação, adaptabilidade, flexibilidade, abertura, fluidez, horizontalidade, formalização por contrato.

A análise das características chaves assinaladas nos artigos que compuseram a amostra do estudo apontou como principal discrepância, na caracterização da rede de atenção à saúde, uma visão macro, na lógica de organização de sistema de saúde ou, micro, como estratégia para organização de serviços de saúde.

Pôde-se depreender que as distintas características existentes nos conceitos traduziram complementaridade e que a discordância primordial entre elas se consistiu na abrangência, caracterizada pela inclusão da intersetorialidade. Destaca-se, portanto, a ausência de um conceito totalizante de rede de atenção à saúde, capaz de apresentar sua real abrangência e significado, o que pode influenciar sua operacionalização, governança e avaliação de desempenho.

Ressalta-se também a abundância de estudos a respeito da estruturação da rede de atenção à saúde sem a explicitação de seu conceito, o que restringiu o número de estudos incluídos na revisão. Este fato pode ter limitado a identificação de outras características que poderiam estar presentes no conceito de rede de atenção à saúde.

Entende-se que o artigo traz contribuições para a saúde e enfermagem, nos domínios da formação e atuação, ao sistematizar e sumarizar uma gama de conhecimentos acerca das características-chaves especificadas nos conceitos de rede de atenção à saúde. Essa síntese de evidências favorece a compreensão da abrangência e escopo das ideias relativas à temática, instrumentalizando a prática profissional, na lógica da organização de sistemas de saúde integrados.

Agradecimentos

A Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pelas orientações com relação à metodologia do trabalho.

Referências

1. World Health Organization. The World Health Report 2000: health systems, improving Performance. Geneva, World Health Organization, 2000.
2. Organização Mundial de Saúde. Cuidados Inovadores para Condições Crônicas - Componentes Estruturais para ação. Brasília, Organização Mundial de Saúde, 2003.
3. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta AZ, Brown A, et. al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. The Lancet. 2016; 388: 1545-1602. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6).
4. Souza MFM, Malta DC, França EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2018; 23(6):1737-1750. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2010;15(5):2297–305. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.
6. Coile, RC. Governing the integrated delivery network: new models for a post-reform environment. In: CONRAD, D.A. – Integrated delivery systems: creation, management, and governance. Chicago, Health Administration Press, 1997.
7. Organização Panamericana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 113 p.: il. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1366-a-atencao-a-saude-coordenada-pela-aps-construindo-as-redes-atencao-no-sus-serie-navegadorsus-n-2-6&category_slug=serie-navegadorsus-239&Itemid=965
8. Campos GW. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury S, organizador. Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 417-42.
9. Lima LD De, Machado CV. Descentralização e regionalização : dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012; 17 (7):1903-1914. ISSN 1413-8123. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>. 2012;1903–14.
10. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União de 31 de dezembro de 2010. Brasília, DF. Seção I, pág. 88. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
11. Decreto nº7508 de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 29 de junho de 2011. Brasília, DF. Seção II, pág. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm
12. Matta GC, Morosini MVG. Atenção primária à saúde. Dicionário da Educ Prof em Saúde [Internet]. 2009;23–8. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>
13. Peters MDJ, Godfrey CRN, BPharm HK, et al. Guidance for conducting systematic scoping

- reviews. *Int J Evid Based Healthc* 2015; 13:141–146. DOI: 10.1097/XEB.0000000000000050.
14. Peters MDJ, Godfrey CM, McInerney P, et al. Methodology for JBI scoping reviews. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015. Adelaide, South Australia: The Joanna Briggs Institute; 2015. Disponível em: <https://nursing.lsuhs.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
 15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med* 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097
 16. Provan KG, Lamb G, Doyle M. Building Legitimacy. *Heal Care Manag* [Internet]. 2004;117–28. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84877320913&partnerID=tZOtx3y1>
 17. Hartz ZM de A, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros.” *Cad Saúde Pública*, Rio Janeiro, 20 Sup 2S331-S336, 2004 [Internet]. 2004;20(2):331–6. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20s2/26.pdf>. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>.
 18. St-Pierre M, Reinhartz D, Gauthier JB. Organizing the public health-clinical health interface: Theoretical bases. *Med Heal Care Philos*. 2006;9(1):97–106. DOI: 10.1007/s11019-005-3602-8.
 19. Addicott R, Ferlie E. Understanding power relationships in health care networks. *J Heal Organ Manag*. 2007;21(4–5):393–405. DOI: 10.1108/14777260710778925.
 20. Barceló A, Luciani S, Agurto I, Ordúñez P, Tasca R, Sued O. Mejora de los cuidados cronicos a traves de las redes integradoras de servicios de salud. *Organizacion Panamericana de la Salud*. 2012. 1-34 p.
 21. Artaza Barrios O (Coord). Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2017, 90p.
 22. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet* [Internet]. 2010;15(5):2307–16. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500006&lng=pt&tlng=pt. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>.
 23. Santos L, Andrade LOM De. Interfederal health networks: a challenge to SUS in its twentieth year. *Cien Saude Colet*. 2011;16(3):1671–80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300002>.
 24. Chile. Redes de Atención Ges y no Ges. Minist DA SAÚDE [Internet]. 2013;1–122. Disponível em: <http://hospitalclinicomagallanes.cl/documentos/ges/REDES-2013.pdf>
 25. Tasca R. Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: Lições aprendidas e contribuições para o debate. Vol. 4, Navegador SUS - Série Técnica Redes Integradas a Atenção à Saúde. Brasília, DF. Organização Panamerica da Saúde, 2011. 126 p.
 26. Organización Panamericana de La Salud. Organización Mundial de La Salud. o Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines 1920. Publicacion Científica nº 93. Washington DC, EUA, Organización Panamericana de La Salud. Organización Mundial de La

Salud, 1964.

27. Bispo Júnior JP; Messias KLM De. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. *Rev Saúde Com.* 2005;1(1):79–89. ISSN 1809-0761. Disponível em: <<http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/43>>.
28. Pineault R. Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão. 1ª Edição. Brasília, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS; 2016. 172 p.
29. Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saúde e Soc.* 1997; 6(2):31–46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901997000200005>.
30. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Pública.* 2000; 34(6):35–45. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931>
31. Lei nº 8080 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, DF, 1990.
32. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saude Soc.* 2011; 20(4):948–60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400012>.
33. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estud Avançados.* 2013; 27(78):5–26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.
34. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012, 17(4): 921-934. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>.
35. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde em Debate.* 2012 out./dez; 36(95): 640-647. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400016>.
36. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHA da L, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF de. Health care networks under the light of the complexity theory. *Esc Anna Nery - Rev Enferm [Internet]*. 2015, 19(1):169–73. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150023>
37. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2014; 19(2):343-352. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014192.18032012>.
38. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saude Soc.* 2011; 20(4):867-874. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
39. Milagres R, Silva ASG Da, Rezende O. Governança Colaborativa. In: Almeida LL, organizador. *Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde*. Brasília, DF, CONASS; 2016. p. 14-48.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo de revisão. Aquisição, análise de dados e interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Liliane Cristina Nakata. Aline Fiori dos Santos Feltrin. Janise Braga Barros Ferreira

Interpretação dos resultados e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Lucieli Dias Pedreschi Chaves

Editor Associado: Stela Maris de Mello Padoin

4.2. Artigo 2: Estudo de Avaliabilidade da Linha de Cuidado do Paciente portador de Doença Renal Crônica

Estudo de Avaliabilidade da Linha de Cuidado do Paciente portador de Doença Renal Crônica

Liliane Cristina Nakata¹

<https://orcid.org/0000-0002-7590-3365>

Aline Fiori dos Santos Feltrin¹

<https://orcid.org/0000-0001-5131-9116>

Janise Braga Barros Ferreira¹

<https://orcid.org/0000-0001-7480-937>

¹Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, SP Brasil.

Autor Correspondente:

Janise Braga Barros Ferreira

E-mail: janise@fmrp.usp.br

Resumo

A Doença Renal Crônica (DRC) tem sido reconhecida como um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, com prevalência global estimada em 13,4% a DRC tem repercussões na qualidade de vida do paciente e no SS no tocante aos custos envolvidos no tratamento. A avaliação da implantação da Linha de Cuidado (LC) da pessoa com DRC pode contribuir com a sua revisão e desencadear ações para a sua efetiva implementação. Nesse sentido, este estudo teve como objetivos realizar um estudo de avaliabilidade (EA) e elaborar um instrumento de avaliação normativa da implantação da LC da pessoa com DRC, no SUS. Para o EA foi construído o Modelo Lógico da LC da pessoa com DRC, segundo as cinco etapas propostas por McLaughlin e Jordan (1999), a partir de uma região de saúde e contou com atores chave para sua validação. Para a etapa de elaboração das matrizes de monitoramento e julgamento foi utilizada a metodologia Delfos tendo como experts um grupo de articuladores da atenção básica do estado de São Paulo. O ML foi organizado em 3 dimensões (Atenção Primária a Saúde, Atenção Especializada e Atenção de Alta Complexidade) e componentes de estrutura, processo e resultado. As matrizes foram construídas para a dimensão da APS, considerando seu significativo papel de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), bem como nas ações de prevenção, controle e redução de danos da DRC. A matriz de julgamento para a avaliação da Implantação da LC da pessoa com DRC na APS foi constituída por 43 indicadores. Acreditamos que o produto apresentado tenha potencial

para contribuir com os processos de avaliação da LC ao portador de DRC, possibilitando a identificação dos seus pontos de fragilidade e de fortaleza, com vista ao alcance de melhores resultados em saúde no manejo dessa condição de saúde.

Palavras Chave: Avaliabilidade; Avaliação em Saúde; Linha de Cuidado.

INTRODUÇÃO

A Doença Renal Crônica (DRC) tem sido reconhecida como um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, com prevalência global estimada em 13,4%. O aumento mundial desta doença é impulsionado principalmente pelo acréscimo da prevalência de diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial (HA), obesidade e envelhecimento¹. Em 2015, os gastos com Terapia Renal Substitutiva (TRS) representaram mais de 2 bilhões de reais, correspondendo a 5% dos gastos do Sistema Único de Saúde (SUS) com média e alta complexidade, consumidos com o manejo parcial de uma só doença. Ademais, a sua incidência está aumentando, ratificando a importância da prevenção como ação de interesse de saúde pública, com destaque para o papel da atenção primária à saúde (APS) nesta ação².

No Brasil, em 2014, foram publicadas as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC no SUS e os critérios para a organização da Linha de Cuidado da Pessoa com DRC, que está contida na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas^{3,4}.

O sistema de saúde é complexo, com zonas de incertezas permeando as relações entre os problemas de saúde e as intervenções que podem ser realizadas para resolvê-los. Sendo assim, a tomada de decisão comporta muita responsabilidade e a avaliação em saúde pode auxiliar os tomadores de decisão, com informações sobre o funcionamento, qualidade, efetividade, segurança e satisfação do usuário em relação às ações e serviços do sistema de saúde^{5,6}.

No desenvolvimento do processo avaliativo recomenda-se a realização de um estudo de avaliabilidade que busca explorar as informações disponíveis sobre um programa/intervenção, as necessidades dos *stakeholders* (possíveis interessados na avaliação), a viabilidade, os custos e o uso provável da avaliação para, por exemplo, melhorar o desempenho do programa^{7,8}.

Considerando as repercussões da DRC na qualidade de vida do paciente e no SS no tocante aos custos envolvidos no tratamento, a avaliação da implantação da LC da pessoa com DRC pode contribuir com a sua revisão e desencadear ações para a sua efetiva implementação.

Nesse sentido, este estudo teve como objetivos realizar um estudo de avaliabilidade (EA) e elaborar um instrumento de avaliação normativa da implantação da LC da pessoa com DRC, no SUS.

MÉTODOS

Este é um estudo de avaliabilidade com a construção de um instrumento de avaliação normativa de implantação da LC da pessoa com DRC.

Elaboração do Modelo Lógico (ML)

O primeiro passo no planejamento de uma avaliação é um dos principais produtos do estudo de avaliabilidade é o desenho do Modelo Lógico (ML) que descreve de forma clara e coerente o funcionamento do programa/intervenção que se pretende avaliar^{8,9}.

A primeira etapa do estudo foi realizada no período de maio a setembro de 2019, tendo como campo a Região de Saúde (RS) do Aquífero Guarani, que está inserida no Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII – Ribeirão Preto-SP, no território de abrangência da Rede Regional de Atenção à Saúde 13 (RRAS 13). Essa região é composta por 10 municípios, abrangendo uma população total de 807.106 habitantes.

O ML foi construído segundo as cinco (5) etapas propostas por McLaughlin e Jordan (1999)¹⁰: 1) Coleta de informações relevantes; 2) Descrição do problema e o contexto; 3) Definição dos elementos do ML; 4) Construção do ML e; 5) Validação do ML.

Os documentos analisados para construção do ML preliminar foram: Portaria GM/MS nº 1.168 de 15 de junho de 2004 (Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal)¹¹, Portaria GM/MS nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010 (Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS))¹², Portaria GM/MS nº 389 de 13 de março de 2014 (Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC))⁴, Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC no SUS¹³, Guia Instrutivo para Organização Local da Linha de Cuidado Da Pessoa com DRC¹⁴, Portaria GM/MS nº 1.675 de 7 de junho de 2018 (Altera portarias e dispõe sobre critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com DRC)¹⁵, Linha de Cuidado da pessoa com DRC da rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas do Departamento Regional de Saúde de Ribeirão Preto- DRS XIII.

A partir da leitura e análise dos documentos oficiais as informações foram organizadas segundo as dimensões de APS, Atenção Especializada e Atenção de Alta Complexidade e sistematizadas no ML na forma de um diagrama em cores, em que cada cor representa nas linhas as dimensões e nas colunas os componentes da intervenção: Insumos/recursos, Ações/Atividades, Produto, Resultado Intermediário e Resultado/Impacto Final. O modelo produzido foi inicialmente apresentado para três profissionais com reconhecido conhecimento acadêmico e assistencial: uma médica nefrologista (Mestre em Ciências da Saúde e Doutoranda em Saúde Pública) e duas enfermeiras atuantes na APS (uma Mestre em Saúde Pública e uma Doutora em Saúde Pública). Essas três profissionais, escolhidas intencionalmente, contribuíram para a checagem dos componentes do ML, revisão e complementação de informações. Após essa etapa o ML foi apresentado a informantes-chave por meio de entrevistas semiestruturadas. O grupo de informantes-chave foi selecionado de forma intencional, a partir da indicação de representantes do DRS XIII, de acordo com a sua participação na elaboração da LC, ser membro de equipe de gestão do DRS, SES ou de município, possuir atuação profissional na assistência (APS ou Atenção Especializada) e indicação por outro informante-chave. No total foram seis entrevistados: um membro da equipe de planejamento de um município da DRS XIII e participante da elaboração da LC do DRC, um articulador da APS da RS Aquífero Guarani, um enfermeiro de um serviço de diálise, dois profissionais da equipe de gestão/planejamento do DRS XIII e um profissional da equipe de gestão/planejamento da SES-SP (coordenador do grupo condutor de DCNT).

A validação da versão preliminar do ML teve como objetivo verificar se os componentes e a organização proposta representavam a lógica da LC-DRC, seguindo os questionamentos propostos por McLaughlin e Jordan¹⁰.

Elaboração da Matriz de Monitoramento (Indicadores)

Uma vez validado o ML iniciou-se a segunda etapa do estudo que ocorreu no período de março a dezembro de 2020. Foi elaborada a matriz de indicadores da dimensão da APS para a LC-DRC, seguindo os componentes de estrutura, processo e resultado. A escolha por se construir uma matriz de indicadores para a APS deveu-se ao seu significativo papel de coordenação do cuidado e de ordenação da Rede de Atenção à Saúde (RAS), somado às informações da literatura científica que vêm reforçando o necessário investimento em ações de

prevenção, controle e redução de danos como a melhor opção para se minimizar os impactos negativos da DRC na vida das pessoas e no SS.

Para compor o grupo de “*experts*” na etapa de elaboração e seleção de indicadores, de acordo com a metodologia Delfos¹⁶, foi selecionado intencionalmente um conjunto de Articuladores da Atenção Básica (AAB) do estado de São Paulo. Realizou-se um contato com a coordenação da Atenção Básica (AB) da SES/SP para apresentação do projeto de pesquisa, solicitação de autorização e indicação de AAB que pudessem participar do estudo.

Importante pontuar que o programa AAB foi criado em 2009 pela SES/SP com o objetivo de qualificar a APS do estado por meio de apoio ao gestor municipal, envolvendo ações de avaliação, monitoramento e desenvolvimento da capacidade de gestão municipal. Os AAB têm como papéis: apoiar o Plano de Fortalecimento da Atenção Básica no âmbito local e regional; assessorar o desenvolvimento de ações e propostas de melhoria da qualidade da AB, junto aos municípios; desenvolver ações de monitoramento e avaliação da AB em colaboração com os municípios¹⁷. Nesse sentido, tanto os AAB quanto a coordenação estadual do Programa foram considerados *stakeholders* da avaliação, com papel estratégico na etapa de elaboração e seleção de indicadores para a matriz de monitoramento da LC do DRC na APS e validação da matriz de julgamento da avaliação.

Uma amostra de conveniência foi composta a partir da indicação de 15 AAB, sendo que 14 aceitaram participar da pesquisa (Quadro 7) e 1 não respondeu ao *e-mail* e ao contato telefônico realizados para explicação do projeto. No primeiro contato, por meio de *web* conferência, foi realizada a explicação do objetivo do estudo, a técnica e a atividade a ser realizada pelos participantes e a importância de suas contribuições. Após o contato inicial foi enviado um *e-mail* contendo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, um formulário para identificação do participante e a matriz de indicadores modelo com orientações sobre a participação. No Quadro 7 encontra-se a caracterização dos participantes do grupo de “*experts*”.

Os AAB tiveram em média 20 dias para elaboração de indicadores e/ou sugestões de melhorias dos indicadores propostos. Uma vez recebidas as devolutivas dos participantes sobre as matrizes, os indicadores foram consolidados acrescentando-se as sugestões dos participantes.

Quadro 7. Caracterização do Grupo de “Experts”

Itens	Quantitativo
Número	14 participantes
Formação Acadêmica	11 Enfermeiros
	02 Assistente Social
	01 Bacharel em Ciências
	01 Terapeuta Ocupacional
Pós-Graduação	11 com Especialização <i>Lato Sensu</i>
	02 com Doutorado
	01 com Mestrado
Tempo de atuação como AAB	12 participantes - há mais de 10 anos
	02 participantes - de 4 a 6 anos

Fonte: Elaborado pelas autoras.

A matriz de indicadores consolidada foi novamente enviada aos participantes, para análise quanto à relevância e critérios de qualidade dos indicadores. Para a seleção de indicadores a partir da relevância foi solicitado aos participantes que atribuísssem um valor de 1 a 9 para cada indicador e para cada critério de qualidade. As pontuações informadas pelos participantes foram consolidadas no programa Excel (Versão 2011, Microsoft Corp., Estados Unidos). Para cada critério foi calculada a média aritmética e quanto maior a média, maior a importância do critério; o desvio-padrão estimou o grau ou ausência de consenso entre os participantes. Os pontos de corte utilizados para seleção dos indicadores foram aqueles estabelecidos por Souza et al.¹⁷: 1) Todo critério com média igual ou superior a sete foi considerado como importante. Abaixo disso não foi considerado para compor a matriz final; 2) Todo critério com desvio-padrão inferior a três foi considerado consensual; 3) Os critérios com média igual ou superior a sete, mas com desvio-padrão igual ou superior a três, não compuseram a matriz final, pois o consenso não foi obtido.

Elaboração da Matriz de julgamento

Para a elaboração da matriz de julgamento foram utilizados os parâmetros definidos na etapa de criação de indicadores como referência para pontuação máxima e a matriz foi novamente submetida à apreciação dos AAB, para verificação de concordância quanto às pontuações e validação final.

Na estimativa do grau de implantação na dimensão da APS da LC da DRC, os indicadores analisados receberam uma pontuação, que variou de 0 a 3, sendo 3 para o alcance do parâmetro proposto. O cálculo do grau de implantação por componente será obtido pela relação entre o somatório da pontuação observada e da pontuação máxima esperada por componente, multiplicada por 100. A partir do escore alcançado será classificado o grau de implantação das dimensões em três categorias: $\geq 66,6$ a 100% - Implantação satisfatória; $\geq 33,33$ a $< 66,6$ % - Implantação Parcial; ≥ 1 a $< 33,33\%$ - Implantação Incipiente.

Aspectos Éticos

Este estudo contemplou o cumprimento da Resolução 466/2012 e do Capítulo IV da Resolução 251/97, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/CSE- FMRP-USP (CAAE: 58545116.3.000.5414).

RESULTADOS

Caracterização do Contexto

A DRC é reconhecidamente uma doença complexa que exige múltiplas abordagens em seu tratamento. Está associada a altos coeficientes de morbidade e mortalidade, a taxas de prevalência e incidência ainda desconhecidas em muitos países e com grande impacto socioeconômico, tornando-se um desafio para a saúde pública, em âmbito mundial¹⁹. No Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde (PNS, 2013) a prevalência de DRC autorreferida é de 1,42%, ou seja, aproximadamente dois milhões de indivíduos, o que revela a dimensão da doença no país^{18, 19, 20}. O diagnóstico precoce, o encaminhamento imediato e a instituição de medidas para diminuir/interromper a progressão da DRC estão entre as estratégias-chave para melhorar os seus desfechos¹⁹.

A Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica, prevista para ser implantada em todas as unidades federadas, propôs a organização de LC integrais (promoção, prevenção, tratamento e recuperação) perpassando todos os pontos de atenção, com a ampliação da cobertura de atendimento aos portadores de HA e de DM, principais causas da insuficiência renal crônica no Brasil, a qualificação da assistência e a promoção da educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a sua implantação¹¹.

Em 2010, foi publicada a portaria que estabeleceu as diretrizes para a organização da RAS, no SUS. Essa normativa ressaltou que embora fossem representativos os avanços alcançados, ainda era evidente a dificuldade em superar a intensa fragmentação das ações e serviços de saúde e a necessidade de qualificar a gestão do cuidado. Assim, o desenvolvimento das RAS se apresentou como um processo de organização de saúde inovador, com potencial para impactar positivamente os indicadores de saúde. A RAS é definida como arranjo organizativo 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, cujo objetivo é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do SS, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária e eficiência econômica¹².

Nesta lógica, nos anos de 2013 e 2014, foi instituída a RAS das Pessoas com Doenças Crônicas (DC) que estabeleceu diretrizes para organização de suas LC, os seus princípios e objetivos, as competências de cada ente federado e os seus componentes. As LC deveriam expressar os fluxos assistenciais a serem garantidos ao usuário a fim de atender às necessidades de saúde relacionadas a uma condição crônica e, definir as ações e os serviços que seriam ofertados por cada componente da RAS das Pessoas com DC, baseadas em diretrizes clínicas e de acordo com a realidade de cada RS³.

Por sua vez, os critérios para organização da LC da pessoa com DRC e as diretrizes clínicas para o cuidado, foram publicados em 2014, por meio da Portaria GM/MS nº 389 que definiu as atribuições da APS, da Atenção Especializada Ambulatorial e da Assistência de Alta Complexidade⁴.

A partir da publicação da Portaria da LC da pessoa com DRC, as RS iniciaram o processo de discussão e organização regional da LC. Na RS Aquífero Guarani a aprovação da LC ocorreu em 2015. De acordo com os informantes-chave foi formado um grupo condutor com representantes das três RS do território do DRS 13, representantes dos prestadores dos serviços de hemodiálise e do grupo de planejamento do DRS 13. O grupo se reuniu para discutir e elaborar a LC a partir da organização dos serviços que foi aprovada pelas Comissões Intergestores Regionais (CIR) das três RS e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), de 18 de dezembro de 2015 (Deliberação CIB/SP – 47/2015). No entanto, segundo os entrevistados, até a data da entrevista (maio/2019) não havia sido realizado nenhum tipo de monitoramento

da LC no âmbito da APS, enquanto na média e alta complexidade, os indicadores de qualidade eram acompanhados, conforme previstos na Portaria GM/MS nº 389/2014, uma vez que estavam relacionados com a habilitação e remuneração dos serviços especializados.

O número de casos estimados nos diferentes estágios de DRC na RS Aquífero Guarani (Quadro 8) indica que aproximadamente 79.070 pessoas (8,36% da pop. total) deveriam estar em acompanhamento nos serviços de APS nos estágios 1, 2 ou 3 da DRC, enquanto 1.336 pessoas (0,14% da pop. total) estariam em acompanhamento em serviços especializados nos estágios 4 ou 5, com ou sem diálise. A prevalência de pacientes em diálise nesta RS (Quadro 9) tem sido crescente ao longo dos anos.

Quadro 8. Estimativa do número de casos nos diferentes estágios da Doença Renal Crônica, com base na estimativa populacional IBGE 2020 e parâmetros da Portaria GM/MS nº. 1.631/GM, de 1 de outubro de 2015, RS Aquífero Guarani, RP-SP, 2020.

Município	Pop. IBGE 2020	Estimativa IBGE 2020/DataSUS acima de 20 anos	Estágio 1 (9,6% pop > 20 anos)	Estágio 2 (0,9% pop. > 20 anos)	Estágio 3 (1,5% pop > 20 anos)	Estágio 4 (0,1% pop > 20 anos)	Estágio 5 Diálise Novos (0,014% pop > 20 anos)	Estágio 5 Diálise prevalência (0,075% pop > 20 anos)	Óbitos (0,013% pop > 20 anos)
Cravinhos	35.579	26.083	2.504	23	391	26	4	20	3
Guataporã	7.709	5.482	526	5	82	5	1	4	1
Jardinópolis	44.970	32.018	3.074	28	480	32	4	24	4
Luis Antônio	15.292	10.644	1.022	9	160	11	1	8	1
Ribeirão Preto	711.825	535.826	51.439	463	8.037	536	75	402	70
Santa Rita do Passa Quatro	27.600	21.785	2.091	19	327	22	3	16	3
Santa Rosa de Viterbo	26.753	20.190	1.938	17	303	20	3	15	3
São Simão	15.385	11.434	1.098	10	172	11	2	9	1
Serra Azul	14.981	11.819	1.135	10	177	12	2	9	2
Serrana	45.644	31.553	3.029	27	473	32	4	24	4
Total	945.738	706.834	67.856	611	10.603	707	99	530	92

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Quadro 9. Taxa de Prevalência (por 100 mil habitantes) de pacientes em diálise na Região de Saúde do Aquífero Guarani, por município, 2010 a 2017.

Reg Saúde/Mun	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Cravinhos	75,8	71,99	68,25	86,09	60,94	72,48	80,91	83,25
Guataporá	129,29	128,41	99,19	112,58	83,86	97,17	96,55	95,93
Jardinópolis	47,88	47,17	51,64	68,69	67,68	74,09	75,68	60,33
Luís Antônio	62,26	51,9	117,79	90	79,58	92,87	129,17	126,81
Ribeirão Preto	67,57	68,43	69,4	71,29	69,82	74,55	77,11	80,06
Santa Rita do Passa Quatro	67,99	52,89	52,91	64,26	68,06	86,98	87,02	87,06
Santa Rosa de Viterbo	75,5	95,74	99,15	106,6	134,27	125,18	128,36	95,63
São Simão	48,81	69,5	103,89	89,74	116,94	95,98	109,3	74,89
Serra Azul	26,75	26,49	26,24	26	68,67	59,51	75,87	91,93
Serrana	48,94	73,61	67,54	61,62	55,87	69,41	82,75	79,4
Total	65,89	67,84	69,73	72,39	71,56	76,66	80,71	80,8

Fonte: Tabnet, SES/SP. Pacientes atendidos: SESSP/SIA-SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS. População: Estimativas - Fundação SEADE. 1.Taxa de prevalência: N.º de pacientes submetidos a tratamento de diálise renal no SUS (DPAC, DPA, DPI, Hemodiálise, Hemodiálise AIDS), por 100 mil habitantes na população residente.

Elaboração e Validação do Modelo Lógico

O ML (Figura 4) possibilitou organizar em um diagrama as atividades e resultados previstos por dimensão da RAS, conforme documentos oficiais, assim como identificar os insumos/recursos necessários para realização de tais atividades.

A apreciação prévia do ML por profissionais com reconhecido conhecimento acadêmico e assistencial, possibilitou melhorar o seu detalhamento antes da validação por informantes-chave, por meio da complementação de informações e verificação da sua coerência. Os informantes-chave contribuíram para explicitação do contexto da elaboração da LC do DRC e validaram o modelo segundo questões propostas por MCLAUGHLIN e JORDAN¹⁰, não sugerindo a inclusão de nenhuma nova informação.

Figura 4. Modelo Lógico da Linha de Cuidado do Paciente Portador da Doença Renal Crônica.

Dimensão	Insumo/Recurso	Ações/Atividades	Produto	Resultado Intermediário	Impacto /Resultado Final
Atenção Básica	Equipes de Atenção Básica e saúde da Família	Definição de território	Tratamentos dos fatores de progressão da doença	Controle dos fatores de risco Tratamento Oportuno	Melhora na resolutividade dos serviços de Atenção Básica Melhora na Qualidade de Vida dos pacientes com Doenças Crônicas
	Quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros	Atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC. Diagnosticar/ Monitorar /Acompanhar pacientes com diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, doença cardiovascular e tabagismo.	Diagnóstico precoce Estratificação de Risco Acompanhamento dos estágios clínicos pré-dialíticos 1 ao 3		
	Exames de patologia clínica e imagem (US) em quantidade suficiente				
	Atividades educativas	Capacitar profissionais para identificação de fatores de risco, alterações em exames de patologia. Apoiar o autocuidado	Diagnóstico Precoce Ampliação da autonomia da pessoa com DRC		
	Central de Regulação	Garantir encaminhamentos para consultas em especialidade e realização de exames complementares; Realizar articulação e cooperação intra e intersetorial	Coordenação e vínculo com o paciente mesmo quando referenciado para outro ponto de atenção.		
	Sistema de Informação	Sistema de referência e contra referência Prontuário Eletrônico			
	Transporte Sanitário	Garantir transporte adequado aos pacientes para consultas em especialidades, exames e TRS	Proporcionar conforto e humanização no transporte		
Atenção Especializada	Unidade Especializada em DRC e Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise)	- Prestar cuidado às pessoas com DRC do estágio clínico 4 e 5 (pré-dialítico) e no caso das unidades com TRS/Diálise também a pacientes com DRC em diálise. - Apoio matricial às equipes de Atenção Básica - Implante de acesso venoso de curta duração. - Implante ou encaminhamento para confecção de acesso vascular definitivo ou peritoneal.	Acompanhamento dos casos pré-dialítico e dialítico evitando complicações e agravos do quadro.	Aumento na resolutividade dos pontos de atenção envolvidos no processo de apoio matricial.	Melhora na Qualidade de Vida dos pacientes com Doença Renal Crônica Redução no número de pacientes com DRC que chegam pela porta de Urgência e Emergência.
	Número de equipamentos para diálise;	Realização de: I - Diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC); II - Diálise peritoneal automática (DPA); III - Diálise peritoneal intermitente (DPI); e IV - Hemodiálise (HD).	Qualificação das equipes de AB para prestar apoio e assistência ao paciente com DRC;		
	Quantitativo de profissionais nefrologistas	Prestar os primeiros atendimentos ao paciente em caso de intercorrências durante o processo de diálise.	Realização de TRS para os casos em que houver indicação	Alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida	
	Exames em quantidade suficiente	Avaliar quantitativamente pacientes com anemia, falha de acesso, conversão sorológica para vírus B, C e HIV, distúrbio mineral ósseo, qualidade da diálise (Kt/V).	Acompanhamento dos pacientes transplantados		
	Assistência Farmacêutica	Fornecimento de medicações de alto custo (imunossuppressores, eritropoetina humana, análogos vitamina D, quelantes de fosforo e agentes calcimiméticos) -Fornecimento, com orientação do nutricionista e com base na prescrição médica, do aporte nutricional ao paciente no dia do procedimento dialítico. - Atendimento psicológico e social	Redução das intercorrências clínicas e internações.	Garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal.	
	Equipe multiprofissional				
	Regulação	- Regular a inclusão e transferência em programas de TRS. -Regular sessões de HD em trânsito -Realizar regulação para consultas e exames de outras especialidades: cardiologia, gastroenterologia, urologia etc. -Realizar regulação de urgência e emergência -Realizar regulação para alta complexidade	Garantia de encaminhamento adequado e oportuno para outro ponto de atenção.	Garantir qualidade nos serviços de atenção especializado	
Atenção de Alta Complexidade	Sistema de Informação	Sistema de Informação integrado com AB e Alta Complexidade	Garantir que os diferentes pontos de atenção recebam informações sobre o paciente		Redução na morbimortalidade por DRC
	Hospitais para atendimento de urgência e emergência aos pacientes com DRC	Realizar tratamento de complicações de acesso vascular ou peritoneal Realizar atendimento de urgência e emergência ao paciente com DRC	Estabilização do quadro do paciente com DRC Garantir atendimento em condições que impõe risco à vida do paciente	Alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida do paciente portador de DRC	
	Equipe de Transplante	Transplante renal			

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Matriz de Monitoramento

Para a elaboração da matriz de monitoramento foram utilizados indicadores de APS previstos na LC e em documentos oficiais do SUS, bem como alguns indicadores de APS da Matriz de monitoramento da APS da SES/SP²¹ e do Programa Previne Brasil²². A matriz

inicialmente elaborada continha: cinco indicadores de estrutura, quatorze indicadores de processo e sete indicadores de resultado. O grupo de “*experts*” formado por 14 AAB contribuiu com a melhoria na escrita e na definição de parâmetros dos indicadores propostos e sugeriram novos indicadores sendo: onze novos indicadores de estrutura, quatro novos indicadores de processo e quatro novos indicadores de resultado.

A matriz de indicadores final foi enviada a todos os participantes para validação. Doze dos quatorze participantes retornaram a matriz preenchida dentro do prazo previsto (Quadro 10). Com relação à relevância, todos os indicadores propostos na matriz tiveram média de pontuação acima de 7, ou seja, foram considerados relevantes. O desvio padrão das pontuações atribuídas foi calculado para identificar o grau de consenso entre os participantes. Na análise de relevância observou-se consenso entre os participantes acerca da relevância de todos os indicadores. Para a análise de qualidade dos indicadores foram considerados apropriados os indicadores que atenderam ao menos dois dos critérios de qualidade (média >7 e desvio padrão <3), sendo que dois indicadores (um de processo e um de resultado), embora tenham atendido ao critério de seleção quanto à relevância, não alcançaram ao menos dois critérios de qualidade e por esse motivo foram excluídos da matriz final.

Quadro 10. Matrizes de monitoramento da Linha de Cuidado do Paciente Portador de Doença Renal Crônica Por Componente: Estrutura, Processo e Resultado. Resultados de média e desvio padrão das pontuações indicadas pelos *experts*.

COMPONENTE	INDICADOR	CÁLCULO DO INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DADOS / VERIFICAÇÃO	RELEVÂNCIA	VALIDADE	CONFIABILIDADE	MENSURABILIDADE	CUSTO-EFETIVIDADE
ESTRUTURA	1. % Cobertura populacional por equipes de atenção primária e/ou equipes de saúde da família	(Nº de ESF x 4000) + (Nº EAP 20h x 2000) + (Nº EAP 30h x 3000) / população total x 100	80 – 100%	CNES e IBGE e-Gestor (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	$\bar{x}=8,75$ $\sigma=0,87$	$\bar{x}=8,67$ $\sigma=0,89$	$\bar{x}=8,17$ $\sigma=1,27$	$\bar{x}=8,33$ $\sigma=1,23$	$\bar{x}=7,92$ $\sigma=2,39$
	2. Número de exames laboratoriais para rastreamento de Doenças Crônicas não transmissíveis - DCNT (HAS, DM, DRC e outras)	Total de cotas de exames de bioquímica disponível ano/total da população acima de 18 anos	> 8	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=9,00$ $\sigma=0,00$	$\bar{x}=8,83$ $\sigma=0,58$	$\bar{x}=8,42$ $\sigma=1,08$	$\bar{x}=7,92$ $\sigma=1,68$	$\bar{x}=7,75$ $\sigma=1,14$
	3. Número de exame de imagem (US) para rastreamento de DRC	Total de cotas de US de rins e vias urinárias/população total acima de 20 anos x100	10%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,75$ $\sigma=0,0$	$\bar{x}=8,58$ $\sigma=1,00$	$\bar{x}=8,25$ $\sigma=1,14$	$\bar{x}=7,58$ $\sigma=1,83$	$\bar{x}=7,08$ $\sigma=1,51$
	4. Número de vagas para atendimento ambulatorial na especialidade de nefrologia	Número de vagas para consulta médica na especialidade de nefrologia/população adulta acima de 20 anos x 100	2% (Portaria 1631 de 01/10/2015 – prevalência de DRC Estágio 3 – 1,5% da	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=7,83$ $\sigma=1,40$	$\bar{x}=7,08$ $\sigma=1,93$	$\bar{x}=7,75$ $\sigma=1,14$	$\bar{x}=6,75$ $\sigma=1,82$	$\bar{x}=6,58$ $\sigma=2,31$

			população acima de 20 anos)						
5. Percentual de carga horária mensal para reuniões e EPS	Número de horas destinadas às atividades de EPS mês/ Carga horária de trabalho mensal x100	8 – 10%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=7,17$ $\sigma =2,66$	$\bar{x}=7,08$ $\sigma =1,93$	$\bar{x}=7,75$ $\sigma =1,14$	$\bar{x}=6,75$ $\sigma =1,82$	$\bar{x}=6,58$ $\sigma =2,31$	
6. Percentual de unidades com Prontuário eletrônico do cidadão (PEC)	Número de unidades com PEC implantado e em uso/ Número total de unidades x100	80- 100%	E-Gestor (Sisab) (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	$\bar{x}=7,17$ $\sigma =2,66$	$\bar{x}=7,42$ $\sigma =2,23$	$\bar{x}=6,75$ $\sigma =2,53$	$\bar{x}=6,67$ $\sigma =2,50$	$\bar{x}=7,08$ $\sigma =2,19$	
7. Implantação do fluxograma na APS para avaliação de pacientes com risco de DRC	Número de equipes que utilizam o fluxograma/número total de equipes x 100	100%	Base de dados municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,92$ $\sigma =0,29$	$\bar{x}=8,92$ $\sigma =0,29$	$\bar{x}=8,00$ $\sigma =1,86$	$\bar{x}=8,08$ $\sigma =1,38$	$\bar{x}=7,75$ $\sigma =2,34$	
8. Disponibilidade de equipe multidisciplinar	Nº de profissionais nas diversas categorias cadastrados/número total de profissionais de nível superior x100	30%	CNES (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	$\bar{x}= 8,58$ $\sigma =1,00$	$\bar{x}=8,50$ $\sigma =1,00$	$\bar{x}=7,83$ $\sigma =1,85$	$\bar{x}=7,75$ $\sigma =1,66$	$\bar{x}=8,00$ $\sigma =1,41$	
9. Garantia de insumos para controle dos pacientes HAS e DM	Nº de medicamentos distribuídos para HAS e DM/nº total de medicamentos para HA e DIA adquiridos no período x 100	80-100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=9,00$ $\sigma =0,00$	$\bar{x}=8,33$ $\sigma =0,98$	$\bar{x}=8,08$ $\sigma =0,90$	$\bar{x}=8,42$ $\sigma =0,90$	$\bar{x}=8,50$ $\sigma =0,90$	
10. Fluxos de referência e contra-referência	Nº de pacientes encaminhados/nº de pacientes atendidos pela referência x 100	100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=9,00$ $\sigma =0,00$	$\bar{x}=7,67$ $\sigma =1,97$	$\bar{x}=8,17$ $\sigma =1,59$	$\bar{x}=7,17$ $\sigma =1,47$	$\bar{x}=7,67$ $\sigma =2,46$	
11. Oferta de cuidados nas UBSs	Temas e/ou grupos abordados/realizados na UBS ao menos 2 vezes ao ano () Tabagismo () Orientação Alimentar () Caminhada () Hipertensos () Diabéticos	Acima de 3 tipos de grupos diferentes	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,67$ $\sigma =0,89$	$\bar{x}=8,67$ $\sigma =0,89$	$\bar{x}=8,25$ $\sigma =1,22$	$\bar{x}=7,83$ $\sigma =1,47$	$\bar{x}=6,75$ $\sigma =2,99$	
12. Ações de promoção e prevenção à saúde (atividade física)	Número de academia de saúde implantada e em funcionamento/número de unidades de saúde x100	80-90%	CNES (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	$\bar{x}=7,92$ $\sigma =2,15$	$\bar{x}=7,92$ $\sigma =2,15$	$\bar{x}=7,42$ $\sigma =2,39$	$\bar{x}=7,33$ $\sigma =2,35$	$\bar{x}=6,58$ $\sigma =3,00$	
13. Capacitação das equipes de APS sobre Diretrizes Clínicas da DRC	Número de equipes de APS capacitadas/ Total de Equipes de APS x 100	50-70%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,83$ $\sigma =0,58$	$\bar{x}=8,83$ $\sigma =0,58$	$\bar{x}=8,17$ $\sigma =1,34$	$\bar{x}=7,25$ $\sigma =1,48$	$\bar{x}=7,92$ $\sigma =1,68$	
14. Cobertura populacional estimada de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	(Nº de ACS x 575)/Estimativa Populacional x 100	80-100%	E-Gestor AB (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	$\bar{x}=8,58$ $\sigma =1,00$	$\bar{x}=8,42$ $\sigma =1,08$	$\bar{x}=8,17$ $\sigma =1,27$	$\bar{x}=8,17$ $\sigma =1,27$	$\bar{x}=8,25$ $\sigma =1,42$	

	15. Disponibilidade de consultas médicas e não médicas junto às unidades básicas de saúde	Nº de consultas médicas e não médicas para pacientes DRC / nº de consultas planejadas (4 consultas x 1,4% da população acima de 18 anos) x 100	80-100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,83$ $\sigma=0,58$	$\bar{x}=8,83$ $\sigma=0,58$	$\bar{x}=7,83$ $\sigma=1,19$	$\bar{x}=8,00$ $\sigma=1,35$	$\bar{x}=7,83$ $\sigma=1,59$
	16. Disponibilidade de equipes capacitadas para atendimento, acompanhamento e tratamento ao tabagismo	Nº de equipes capacitadas para cuidado ao tabagismo/número de equipes de saúde x 100	70% - 100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,58$ $\sigma=1,00$	$\bar{x}=8,58$ $\sigma=1,00$	$\bar{x}=7,92$ $\sigma=1,51$	$\bar{x}=7,42$ $\sigma=1,24$	$\bar{x}=7,67$ $\sigma=1,61$
PROCESSO	17. Percentual da população cadastrada na equipe de Saúde da Família (ESF) e equipe de Atenção Primária (EAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) ¹	Nº de cadastros de usuários processados e validados no SISAB no quadrimestre/quantitativo de pessoas a serem cadastradas pela Equipe <u>OU</u> Unidade <u>OU</u> município segundo parâmetros estabelecidos pelo MS x 100	70%	E-gestor AB (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	$\bar{x}=8,92$ $\sigma=0,29$	$\bar{x}=8,92$ $\sigma=0,29$	$\bar{x}=8,00$ $\sigma=2,30$	$\bar{x}=8,17$ $\sigma=1,40$	$\bar{x}=8,00$ $\sigma=2,41$
	18. Percentual de Pacientes com DRC com calendário vacinal em dia	Número de usuário com DRC com vacinação em dia/ Número de usuários com DRC cadastrados x 100	100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,83$ $\sigma=0,39$	$\bar{x}=8,92$ $\sigma=0,29$	$\bar{x}=8,33$ $\sigma=1,37$	$\bar{x}=8,25$ $\sigma=1,42$	$\bar{x}=7,27$ $\sigma=3,23$
	19. % de pacientes identificados com DRC ao ano na APS	Número de pacientes diagnosticados com DRC nas Unidades Básicas de Saúde no ano/ População total da cadastrada (18 anos +) x 100	1 – 2%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,92$ $\sigma=0,29$	$\bar{x}=8,83$ $\sigma=0,39$	$\bar{x}=8,17$ $\sigma=1,40$	$\bar{x}=8,08$ $\sigma=1,44$	$\bar{x}=7,55$ $\sigma=2,50$
	20. % de Pacientes com DRC Acompanhados na APS	Número de pacientes com DRC acompanhados na unidade/ 1,4%* da População total acima de 18 anos cadastrada na unidade x 100	90 – 100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=9,00$ $\sigma=0,00$	$\bar{x}=8,92$ $\sigma=0,29$	$\bar{x}=8,33$ $\sigma=1,61$	$\bar{x}=8,33$ $\sigma=1,61$	$\bar{x}=8,09$ $\sigma=2,21$
	21. % de pacientes com HAS cadastrados na APS	Número de pacientes com diagnóstico de HA cadastrados na APS/População adulta do município (18 anos e +) x 100	15 – 25%	E-gestor AB Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=9,00$ $\sigma=0,00$	$\bar{x}=8,92$ $\sigma=0,29$	$\bar{x}=8,42$ $\sigma=1,38$	$\bar{x}=8,42$ $\sigma=1,38$	$\bar{x}=8,08$ $\sigma=2,39$
	22. % de usuários com estratificação de risco cardiovascular	Número de usuários com estratificação de risco cardiovascular realizada/ Número de usuários com doenças cardiovasculares cadastrados x 100	70% - 100%	E-gestor AB Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=9,00$ $\sigma=0,00$	$\bar{x}=8,83$ $\sigma=0,58$	$\bar{x}=8,33$ $\sigma=1,78$	$\bar{x}=8,00$ $\sigma=1,86$	$\bar{x}=8,08$ $\sigma=1,88$

23. Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida na APS em cada semestre	Nº hipertensos com PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses/(Parâmetro de Cadastro x % hipertensos PNS OU Nº hipertensos identificados) ¹ x 100	90%	E-Gestor – AB Indicador de desempenho programa previne Brasil (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	$\bar{x}=8,75$ $\sigma=0,87$	$\bar{x}=8,67$ $\sigma=0,89$	$\bar{x}=8,08$ $\sigma=1,88$	$\bar{x}=7,83$ $\sigma=1,95$	$\bar{x}=7,67$ $\sigma=2,42$
24. % de pacientes com DM Cadastrados na APS	Número de pacientes com DM cadastrados na APS/população adulta do município (18 anos +) x 100	5 - 7%	E-Gestor Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=9,00$ $\sigma=0,00$	$\bar{x}=8,92$ $\sigma=0,29$	$\bar{x}=8,33$ $\sigma=1,78$	$\bar{x}=8,17$ $\sigma=1,80$	$\bar{x}=8,00$ $\sigma=2,34$
25. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	Nº diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses/(Parâmetro de Cadastro x % diabéticos PNS OU Nº diabéticos identificados) ¹ x 100	90%	E-gestor – Indicador de desempenho programa previne Brasil (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	$\bar{x}=8,75$ $\sigma=0,87$	$\bar{x}=8,67$ $\sigma=0,89$	$\bar{x}=8,08$ $\sigma=1,88$	$\bar{x}=7,92$ $\sigma=1,88$	$\bar{x}=7,83$ $\sigma=2,12$
26. % de pacientes com obesidade acompanhados na APS.	Número de pessoas com excesso de peso identificado por avaliação antropométrica, em determinado local e período / Número de pessoas com avaliação antropométrica no mesmo local e período x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,75$ $\sigma=0,87$	$\bar{x}=8,67$ $\sigma=0,89$	$\bar{x}=8,00$ $\sigma=1,54$	$\bar{x}=7,83$ $\sigma=1,53$	$\bar{x}=7,58$ $\sigma=2,39$
27. % de tabagistas acompanhados na APS	Número de tabagistas acompanhados na APS/ 15% da população acima de 18 anos cadastrada na APS X100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,67$ $\sigma=0,89$	$\bar{x}=8,58$ $\sigma=0,90$	$\bar{x}=7,92$ $\sigma=1,51$	$\bar{x}=7,75$ $\sigma=1,48$	$\bar{x}=7,67$ $\sigma=2,06$
28. % Atividades educativas para profissionais sobre DRC	Número de Atividades educativas com profissionais (EPS) sobre fatores de risco e DRC/ total de atividades de EPS x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,75$ $\sigma=0,62$	$\bar{x}=8,67$ $\sigma=0,65$	$\bar{x}=8,25$ $\sigma=1,06$	$\bar{x}=8,17$ $\sigma=1,11$	$\bar{x}=8,00$ $\sigma=1,41$
29. % de atividades coletivas voltadas para o auto cuidado apoiado	Número de atividades coletivas sobre fatores de risco e DRC/número total de atividades coletivas x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,58$ $\sigma=0,90$	$\bar{x}=8,50$ $\sigma=0,90$	$\bar{x}=7,75$ $\sigma=1,86$	$\bar{x}=7,58$ $\sigma=1,93$	$\bar{x}=7,92$ $\sigma=1,31$
30. % de usuários atendidos na especialidade de nefrologia	Número de usuários agendados na especialidade de nefrologia/ população acima de	2 - 3 %	Central de Regulação Municipal	$\bar{x}=8,58$ $\sigma=1,44$	$\bar{x}=8,67$ $\sigma=0,89$	$\bar{x}=6,67$ $\sigma=2,19$	$\bar{x}=6,33$ $\sigma=2,19$	$\bar{x}=6,83$ $\sigma=2,04$

RESULTADOS	ELIMINADO POR NÃO ATENDER AO MENOS 2 CRITÉRIOS DE QUALIDADE DO INDICADOR	20 anos cadastrada na unidade x 100		Base de dados Municipais (IN LOCO)					
	31. Ações educativas realizadas quanto a alimentação pobre em sal, açúcares e gordura	Número de ações realizadas por grupos de cuidados	01 ação bimestral por grupo	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,33$ $\sigma=1,15$	$\bar{x}=8,25$ $\sigma=1,14$	$\bar{x}=7,58$ $\sigma=1,62$	$\bar{x}=7,50$ $\sigma=1,62$	$\bar{x}=7,25$ $\sigma=2,22$
	32. % de usuários com DRC que participam das Atividades Coletivas	Nº de usuários com DRC que participam de Atividades Coletivas / Total de usuários com DRC cadastrados x 100	70%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,33$ $\sigma=1,23$	$\bar{x}=8,25$ $\sigma=1,22$	$\bar{x}=7,67$ $\sigma=1,67$	$\bar{x}=6,50$ $\sigma=1,24$	$\bar{x}=7,33$ $\sigma=1,87$
	33. % de portadores de DRC com Auto Cuidado Apoiado	Nº de DRC com auto cuidado apoiado/ Total de usuários com DRC cadastrados x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,92$ $\sigma=0,29$	$\bar{x}=8,83$ $\sigma=0,39$	$\bar{x}=8,00$ $\sigma=1,86$	$\bar{x}=6,83$ $\sigma=1,75$	$\bar{x}=8,25$ $\sigma=1,06$
	34. Disponibilidade de medicamentos e insumos para pacientes	Número de pacientes com DRC (estágios II a V) atendidos pela Assistência Farmacêutica / 1,4% da população acima de 20 anos x 100	80 – 100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=9,00$ $\sigma=0,00$	$\bar{x}=8,92$ $\sigma=0,29$	$\bar{x}=8,50$ $\sigma=1,00$	$\bar{x}=8,50$ $\sigma=1,00$	$\bar{x}=8,50$ $\sigma=1,00$
	35. % de pacientes HAS controlados	Número de pacientes com HAS com quadro estável/ número total de pacientes com diagnóstico de HAS x 100	≥80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,75$ $\sigma=0,87$	$\bar{x}=8,75$ $\sigma=0,87$	$\bar{x}=8,17$ $\sigma=1,40$	$\bar{x}=6,92$ $\sigma=1,62$	$\bar{x}=7,92$ $\sigma=1,68$
	36. % de pacientes com DM controlados	Número de pacientes com DM com quadro estável/ número total de pacientes com diagnóstico de DM x 100	≥80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,75$ $\sigma=0,87$	$\bar{x}=8,75$ $\sigma=0,87$	$\bar{x}=8,17$ $\sigma=1,40$	$\bar{x}=6,92$ $\sigma=1,62$	$\bar{x}=7,92$ $\sigma=1,68$
	37. % de usuários diagnosticados nos estágios iniciais de DRC	Número de pacientes diagnosticados com DRC precocemente (ESTAGIO 1 E 2) nas Unidades Básicas de Saúde/ Número total de usuários com DRC x 100	40 – 50%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,75$ $\sigma=0,87$	$\bar{x}=8,67$ $\sigma=0,89$	$\bar{x}=7,92$ $\sigma=1,68$	$\bar{x}=7,75$ $\sigma=1,66$	$\bar{x}=7,83$ $\sigma=1,64$
	38. % de usuários com DRC com risco estratificado	Número de pacientes com DRC com risco estratificado/ Número total de usuários com DRC x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=9,00$ $\sigma=0,00$	$\bar{x}=8,67$ $\sigma=0,89$	$\bar{x}=7,92$ $\sigma=1,68$	$\bar{x}=7,75$ $\sigma=1,66$	$\bar{x}=7,83$ $\sigma=1,64$
	39. Diagnóstico de DRC pela porta de Urgência e Emergência. ELIMINADO POR NÃO ATENDER AO MENOS 2 CRITÉRIOS DE QUALIDADE DO INDICADOR	% de acesso via urgência por causas renais no ano vigente/ % de acesso via urgência por causas renais no ano anterior x100	< 80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,25$ $\sigma=1,76$	$\bar{x}=6,75$ $\sigma=2,01$	$\bar{x}=6,42$ $\sigma=1,93$	$\bar{x}=6,08$ $\sigma=1,93$	$\bar{x}=6,17$ $\sigma=1,95$
	40. Percentual de Morbidade por DRC	% de internação por causas renais no ano	< 80%	SIH DATASUS	$\bar{x}=8,25$ $\sigma=1,60$	$\bar{x}=7,92$ $\sigma=1,83$	$\bar{x}=7,67$ $\sigma=2,02$	$\bar{x}=7,17$ $\sigma=1,34$	$\bar{x}=7,75$ $\sigma=1,82$

		vigente/ % de internação por causas renais no ano anterior x 100		(SISTEMAS DE INFORMAÇ ÃO)					
41. Taxa de Mortalidade anual por DRC	Nº de óbitos por DRC /população acima de 20 anos x 100 * Óbitos estimados = 0,013% população acima de 20 anos.	< 1%	Tabnet/Da taSUS / SIM (SISTEMAS DE INFORMAÇ ÃO)	$\bar{x}=8,58$ $\sigma =1,16$	$\bar{x}=8,42$ $\sigma =1,24$	$\bar{x}=7,92$ $\sigma =1,98$	$\bar{x}=8,08$ $\sigma =1,51$	$\bar{x}=8,00$ $\sigma =1,76$	
42. Redução no número de usuários tabagistas	Nº usuários que deixaram de fumar/ número de usuários tabagistas cadastrados x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\bar{x}=8,13$ $\sigma =1,36$	$\bar{x}=8,00$ $\sigma =1,41$	$\bar{x}=7,00$ $\sigma =1,69$	$\bar{x}=6,88$ $\sigma =1,46$	$\bar{x}=7,00$ $\sigma =1,41$	
43. Taxa de Prevalência de pacientes em diálise	N.º de pacientes submetidos a tratamento de diálise renal no SUS (DPAC, DPA, DPI, Hemodiálise, Hemodiálise AIDS), por 100 mil habitantes na população residente.	<52	Matriz de indicadore s da SES/SP (SISTEMAS DE INFORMAÇ ÃO)	$\bar{x}=8,50$ $\sigma =1,24$	$\bar{x}=8,33$ $\sigma =1,78$	$\bar{x}=8,25$ $\sigma =1,54$	$\bar{x}=8,25$ $\sigma =1,54$	$\bar{x}=8,17$ $\sigma =1,59$	
44. Internação por CSAB	% de internações por causas sensíveis à atenção básica no total de internações	< 15%	Matriz de indicadore s da SES/SP (SISTEMAS DE INFORMAÇ ÃO)	$\bar{x}=8,25$ $\sigma =1,42$	$\bar{x}=8,25$ $\sigma =1,42$	$\bar{x}=8,08$ $\sigma =1,44$	$\bar{x}=8,08$ $\sigma =1,44$	$\bar{x}=8,25$ $\sigma =1,42$	
45. % óbitos prematuros por DCNT (30 a 69 anos)	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00- I99; C00-C97; J30- J98; E10-E14 – em determinado ano e local X 100.000 / População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.	< 17%*	Tabnet/Da taSUS / SIM (SISTEMAS DE INFORMAÇ ÃO)	$\bar{x}=8,17$ $\sigma =1,53$	$\bar{x}=7,67$ $\sigma =2,10$	$\bar{x}=8,00$ $\sigma =1,54$	$\bar{x}=8,00$ $\sigma =1,54$	$\bar{x}=8,17$ $\sigma =1,53$	

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Observação: Em vermelho estão os itens que tiveram média <7 e/ou desvio padrão > 3.

A matriz de monitoramento final foi constituída por 16 indicadores de estrutura, 17 indicadores de processo (eliminado indicador nº 30) e 10 indicadores de resultado (eliminado indicador nº 39) (Quadro 11), que foram utilizados para elaboração da matriz de julgamento.

Quadro 11. Total de indicadores que atenderam aos critérios de relevância e qualidade com média de pontuações entre 7 e 9.

Componente	Total de indicadores	Relevantes	Atenderam ao menos 2 critérios de qualidade do indicador
Estrutura	16	16	16
Processo	18	18	17
Resultado	11	11	10

Fonte: Elaborado pelas autoras

Elaboração e Validação da Matriz de Julgamento

Para a elaboração da matriz de julgamento (MJ) (Quadro 12) foram utilizados os indicadores considerados relevantes (média de pontos ≥ 7) e que obtiveram consenso (desvio padrão < 3) entre os participantes e ainda atenderam a pelo menos 2 critérios de qualidade do indicador.

Quadro 12. Matrizes de julgamento da dimensão da Atenção Básica por componente: Estrutura, Processo e Resultado

COMPONENTE	INDICADOR	CÁLCULO DO INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DADOS / VERIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR OU DO PONTO DE CORTE	PARÂMETRO ALCANÇADO / VALOR OBSERVADO	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	PONTUAÇÃO ESPERADA
ESTRUTURA	1. Percentual de Cobertura populacional por equipes de atenção primária e/ou equipes de saúde da família	$(N^{\circ} \text{ de ESF} \times 4000) + (N^{\circ} \text{ EAP } 20h \times 2000) + (N^{\circ} \text{ EAP } 30h \times 3000) / \text{população total} \times 100$	80 – 100%	CNES e IBGE e-Gestor (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0			3
	2. Número de exames laboratoriais para rastreamento de Doenças Crônicas não transmissíveis - DCNT (HAS, DM, DRC e outras)	Total de cotas de exames de bioquímica disponível ano/total da população acima de 18 anos *De acordo com portaria de parâmetros são em média 8 exames laboratoriais de análises clínicas para rastreamento dessas DCNT. (Dosagem de glicose de jejum, dosagem de colesterol total, dosagem de colesterol HDL, Dosagem de colesterol LDL, Dosagem de triglicerídeos, Dosagem de hemoglobina glicosilada, Dosagem de creatinina com estimativa da taxa de filtração glomerular - TGF, Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina, Dosagem de microalbumina na urina, Dosagem de Potássio) – 10 exames	> 8	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 8 exames = 3 Entre 6 e 8 exames = 2 Entre 4 e 6 exames = 1 Abaixo de 4 exames = 0			3
	3. Número de exame de imagem (US) para	Total de cotas de US de rins e vias urinárias/população acima de 20 anos x 100	10%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\geq 10\% = 3$ $\geq 5\% \text{ e } < 10\% = 2$ $< 5\% = 0$			3

	rastreamento de DRC							
	4. Número de vagas para atendimento ambulatorial na especialidade de nefrologia	Número de vagas para consulta médica na especialidade de nefrologia/população adulta acima de 20 anos x 100	2% (Portaria 1631 de 01/10/2015 – prevalência de DRC Estágio 3 – 1,5% da população acima de 20 anos)	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 2% = 3 Abaixo de 2% = 0			3
	5. Percentual de carga horária mensal para reuniões e EPS	Número de horas destinadas às atividades de EPS mês/ Carga horária de trabalho mensal x100	8 – 10%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	8 a 10% = 3 6 a 8% = 2 4 a 8% = 1 Abaixo de 4% = 0			3
	6. Percentual de unidades com Prontuário eletrônico do cidadão (PEC)	Número de unidades com PEC implantado e em uso/ Número total de unidades x100	80- 100%	E-Gestor (Sisab) (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0			3
	7. Implantação do fluxograma na APS para avaliação de pacientes com risco de DRC	Número de equipes que utilizam o fluxograma/número total de equipes x 100	100%	Base de dados municipais (IN LOCO)	100% = 3 Entre 80 e 100% = 2 Entre 60 e 80% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
	8. Disponibilidade de equipe multidisciplinar	Nº de profissionais nas diversas categorias cadastrados/número total de profissionais de nível superior x100	30%	CNES (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	Acima de 30% = 3 Entre 15 e 30% = 2 Abaixo de 15% = 0			3
	9. Garantia de insumos para controle dos pacientes HAS e DM	Nº de medicamentos distribuídos para HAS e DM/nº total de medicamentos para HA e DIA adquiridos no período x 100	80-100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0			3
	10. Fluxos de referência e contra-referência	Nº de pacientes encaminhados para especialidade de nefrologia/nº de pacientes atendidos pela referência x 100	100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	100% = 3 Entre 80 e 100% = 2 Entre 60 e 80% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
	11. Oferta de cuidados nas UBSS	Temas e/ou grupos abordados/realizados na UBS ao menos 2 vezes ao ano () Tabagismo () Orientação Alimentar () Caminhada () Hipertensos () Diabéticos	Acima de 3 tipos de grupos diferentes	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 3 = 3 De 2 a 3 = 2 Abaixo de 1 a 2 = 1 Abaixo de 1 = 0			3
	12. Ações de promoção e prevenção à saúde (atividade física)	Número de academia de saúde implantada e em funcionamento/ número de unidades de saúde x100	80-90%	CNES (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0			3
	13. Capacitação das equipes de APS sobre Diretrizes Clínicas da DRC	Número de equipes de APS capacitadas/ Total de Equipes de APS x 100	50-70%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 50% = 3 Entre 30 e 50% = 2 Entre 10 e 30% = 1 Abaixo de 10% = 0			3
	14. Cobertura populacional estimada de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	(Nº de ACS x 575)/Estimativa Populacional x 100	80-100%	E-Gestor AB (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0			3
	15. Disponibilidade de consultas médicas e não médicas	Nº de consultas médicas e não médicas para pacientes DRC / nº de consultas planejadas (4 consultas x 1,4%	80-100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0			3

	junto às unidades básicas de saúde	da população acima de 18 anos) x 100						
	16. Disponibilidade de equipes capacitadas para atendimento, acompanhamento e tratamento ao tabagismo	Nº de equipes capacitadas para cuidado ao tabagismo/número de equipes de saúde x 100	70% - 100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 70% = 3 Entre 50 e 70% = 2 Entre 30 e 50% = 1 Abaixo de 30% = 0			3
	TOTAL COMPONENTE ESTRUTURA							48
	CÁLCULO COMPONENTE = $\frac{\sum \text{Pontuação alcançada componente estrutura}}{\sum \text{Pontuação esperada componente estrutura}} \times 100$							
	Análise do Componente Estrutura							
	Intervalo De 66,6% a 100% De 33,33% a 66,6% De 1% a 33,33%					Julgamento Implantação Satisfatória Implantação Parcial Implantação Incipiente		
	Total de indicadores: 16 Fonte de verificação: 11 indicadores in loco e 5 indicadores em sistemas públicos de informação							
COMPONENTE	INDICADOR	CÁLCULO DO INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DADOS / VERIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR OU DO PONTO DE CORTE	PARÂMETRO ALCANÇADO / VALOR OBSERVADO	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	PONTUAÇÃO ESPERADA
PROCESSO	17. Percentual da população cadastrada na equipe de Saúde da Família (ESF) e equipe de Atenção Primária (EAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) ¹	Nº de cadastros de usuários processados e validados no SISAB no quadrimestre/ quantitativo de pessoas a serem cadastradas pela Equipe <u>OU</u> Unidade <u>OU</u> município segundo parâmetros estabelecidos pelo MS ¹ ¹ Portarias MS-GM nº 2.979, de 12/11/2019 e nº 3.263, de 11/12/2019.	70% ² Portaria MS-GM nº 3.263 de 11/12/2019	E-gestor AB (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	Acima de 70% = 3 Entre 50 e 70% = 2 Entre 30 e 50% = 1 Abaixo de 30% = 0			3
	18. Percentual de Pacientes com DRC com calendário vacinal em dia	Número de usuário com DRC com vacinação em dia/ Número de usuários com DRC cadastrados x 100	100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	100% = 3 Entre 80 e 100% = 2 Entre 60 e 80% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
	19. Percentual de pacientes identificados com DRC ao ano na APS	Número de pacientes diagnosticados com DRC nas Unidades Básicas de Saúde no ano/ População total da cadastrada (18 anos +) x 100	1 – 2% *Dados da PNS, 2013 (1,4% com diagnóstico de IRC) da doença (0,5%)	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 1% = 3 Abaixo de 1% = 0			3
	20. Percentual de Pacientes com DRC Acompanhados na APS	Número de pacientes com DRC acompanhados na unidade/ 1,4%* da População total acima de 18 anos cadastrada na unidade x 100 *Dados da PNS, 2013 (1,4% com diagnóstico de IRC) da doença (0,5%)	90 – 100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 90% = 3 Entre 70 e 90% = 2 Entre 50 e 70% = 1 Abaixo de 50% = 0			3
	21. Percentual de pacientes com HAS cadastrados na APS	Número de pacientes com diagnóstico de HA cadastrados na APS/População adulta do município (18 anos e +) x 100	15 – 25% *21,4% proporção de indivíduos de 18 anos	E-gestor AB Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 15% = 3 Entre 10 e 15% = 2 Abaixo de 10% = 0			3

			ou mais com HA (23,3% no sudeste) -PNS 2013 https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf					
22. Percentual de usuários com estratificação de risco cardiovascular	Número de usuários com estratificação de risco cardiovascular realizada/ Número de usuários com doenças cardiovasculares cadastrados x 100	70% - 100%	E-gestor AB Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 70% = 3 Entre 50 e 70% = 2 Entre 30 e 50% = 1 Abaixo de 30% = 0				3
23. Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida na APS em cada semestre	Nº hipertensos com PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses/(Parâmetro de Cadastro x % hipertensos PNS OU Nº hipertensos identificados) ¹ x 100 ¹ O denominador será o que apresentar o maior valor. <u>Referências:</u> 1. Portaria nº 3.222, de 10/12/2019 2. Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/ MS	90%	E-Gestor – AB Indicador de desempenho programa previne Brasil (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	Acima de 90% = 3 Entre 70 e 90% = 2 Entre 50 e 70% = 1 Abaixo de 50% = 0				3
24. Percentual de pacientes com DM Cadastrados na APS	Número de pacientes com DM cadastrados na APS/população adulta do município (18 anos +) x 100 *Considerando Prevalência média Brasil = 6,2% da população de 18 anos e mais (Sudeste 7,1%) – PNS, 2013	5 - 7%	E-Gestor Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 5% = 3 Entre 2 e 5% = 2 Abaixo de 2% = 0				3
25. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	Nº diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses/(Parâmetro de Cadastro x % diabéticos PNS OU Nº diabéticos identificados) ¹ x 100 PNS – Pesquisa Nacional de Saúde (2013). ¹ O denominador será o que apresentar o maior valor.	90%	E-gestor – Indicador de desempenho programa previne Brasil (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	Igual ou acima de 90% = 3 Entre 70 e 90% = 2 Entre 50 e 70% = 1 Abaixo de 50% = 0				3
26. Percentual de pacientes com obesidade acompanhados na APS.	Número de pessoas com excesso de peso identificado por avaliação antropométrica, em determinado local e período / Número de pessoas com avaliação antropométrica no mesmo local e período x 100 *IMC acima de 25kg/m ² (CAB 38)	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0				3
27. Percentual de tabagistas acompanhados na APS	Número de tabagistas acompanhados na APS/ 15% da população acima de 18 anos cadastrada na APS X100 *PNS 2013 – população 18anos +, 15% fazem uso do tabaco	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0				3
28. Percentual de Atividades educativas para profissionais sobre DRC	Número de Atividades educativas com profissionais (EPS) sobre fatores de risco e DRC/ total de atividades de EPS x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0				3
29. Percentual de atividades coletivas voltadas para o auto cuidado apoiado	Número de atividades coletivas sobre fatores de risco e DRC/número total de atividades coletivas x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0				3

	30. Ações educativas realizadas quanto a alimentação pobre em sal, açúcares e gordura	Número de ações realizadas por grupos	01 ação bimestral por grupo	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Maior ou igual a 1 ação/grupo = 3 Menor que 1 = 0			3
	31. Percentual de usuários com DRC que participam das Atividades Coletivas	Nº de usuários com DRC que participam de Atividades Coletivas / Total de usuários com DRC cadastrados x 100	70%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 70% = 3 Entre 50 e 70% = 2 Entre 30 e 50% = 1 Abaixo de 50% = 0			3
	32. Percentual de portadores de DRC com Auto Cuidado Apoiado	Nº de pessoas com DRC com auto cuidado apoiado/ Total de usuários com DRC cadastrados x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
	33. Disponibilidade de medicamentos e insumos para pacientes	Número de pacientes com DRC (estágios II a V) atendidos pela Assistência Farmacêutica / 1,4% da população acima de 20 anos x 100 (Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – prevalência de DRC 1,4% na população acima de 18 anos)	80 – 100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
	TOTAL COMPONENTE PROCESSO							51
	CÁLCULO COMPONENTE = $\frac{\sum \text{Pontuação alcançada componente processo}}{\sum \text{Pontuação esperada componente processo}} \times 100$							
	Análise do Componente Processo							
	Intervalo De 66,6% a 100% De 33,33% a 66,6% De 1% a 33,33%				Julgamento Implantação Satisfatória Implantação Parcial Implantação Incipiente			
	Total de indicadores: 17 Fonte de verificação: 14 indicadores in loco e 3 indicadores em sistemas públicos de informação							
COMPONENTE	INDICADOR	CÁLCULO DO INDICADOR	PARÂMETRO	FORNE DADOS / VERIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR OU DO PONTO DE CORTE	PARÂMETRO ALCANÇADO / VALOR OBSERVADO	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	PONTUAÇÃO ESPERADA
RESULTADO	34. Percentual de pacientes HAS controlados	Número de pacientes com HAS com quadro estável/ número total de pacientes com diagnóstico de HAS x 100	≥80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
	35. Percentual de pacientes com DM controlados	Número de pacientes com DM com quadro estável/ número total de pacientes com diagnóstico de DM x 100	≥80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
	36. Percentual de usuários diagnosticados nos estágios iniciais de DRC	Número de pacientes diagnosticados com DRC precocemente (ESTAGIO 1 E 2) nas Unidades Básicas de Saúde/ Número total de usuários com DRC x 100	40 – 50%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 40% = 3 Entre 20 e 40% = 2 Entre 10 e 20% = 1 Abaixo de 10% = 0			3
	37. Percentual de usuários com DRC com risco estratificado	Número de pacientes com DRC com risco estratificado/ Número total de usuários com DRC x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
	38. Percentual de Morbidade por DRC	% de internação por causas renais no ano vigente/ % de internação por causas renais no ano anterior x 100	< 80%	SIH DATASUS (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	< 80% = 3 > 80% = 0			3

39. Taxa de Mortalidade anual por DRC	Nº de óbitos por DRC /população acima de 20 anos x 100 * Óbitos estimados = 0,013% população acima de 20 anos.	< 1%	Tabnet/DataSUS / SIM (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	< 1% = 3 > 1% = 0			3
40. Redução no número de usuários tabagistas	Nº usuários que deixaram de fumar/ número de usuários tabagistas cadastrados x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
41. Taxa de Prevalência de pacientes em diálise	N.º de pacientes submetidos a tratamento de diálise renal no SUS (DPAC, DPA, DPI, Hemodiálise, Hemodíálise AIDS), por 100 mil habitantes na população residente. (Prevalência de pacientes em diálise no Estado de São Paulo em 2017) Fonte: Tabnet SES/SP	<52	Matriz de indicadores da SES/SP (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	< 52 / 100 mil habitantes = 3 > 52/100 mil habitantes = 0			3
42. Internação por CSAB	% de internações por causas sensíveis à atenção básica no total de internações – Portaria 221, 17/04/2008/MS/SAS Média % de ICSAB no estado de São Paulo nos últimos 5 anos Fonte: Tabnet SES/SP	< 15%	Matriz de indicadores da SES/SP (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	< 15% = 3 Entre 15 e 20% = 2 > 20% = 0			3
43. Percentual óbitos prematuros por DCNT (30 a 69 anos)	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14 – em determinado ano e local X 100.000 / População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local. Fonte – nota Técnica Conass *World Health Organization (WHO). Global Health Estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016 [Internet]. Geneva: WHO; 2013	< 17%*	Tabnet/DataSUS / SIM (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)	< 17% = 3 Entre 17 e 20% = 2 > de 20% = 0			3
TOTAL COMPONENTE RESULTADO							30
CÁLCULO COMPONENTE = $\frac{\sum \text{Pontuação alcançada componente resultado}}{\sum \text{Pontuação esperada componente resultado}} \times 100$							
Análise do Componente Resultado							
Intervalo De 66,6% a 100% De 33,33% a 66,6% De 1% a 33,33%				Julgamento Implantação Satisfatória Implantação Parcial Implantação Incipiente			
Total de indicadores: 10 Fonte de verificação: 5 indicadores in loco e 5 indicadores em sistemas públicos de informação							

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Na definição dos valores de pontuação para julgamento foram considerados os pontos de 0 a 3, sendo 3 o valor máximo por indicador que atendesse aos parâmetros propostos. Para o cálculo da implantação deverá ser considerada a somatória da pontuação atribuída, dependendo do valor alcançado pelo indicador, dividido pelo valor máximo de pontos esperados por componente, multiplicado por 100.

Para o cálculo do percentual de implantação da dimensão da APS, deve-se realizar a média dos percentuais alcançados para cada componente (Quadro 13).

Quadro 13. Análise geral da implantação da dimensão Atenção Primária à Saúde nos 3 componentes

COMPONENTE	PONTUAÇÃO OBTIDA	PONTUAÇÃO ESPERADA	% DE IMPLANTAÇÃO	JULGAMENTO
Estrutura		48	X%	
Processo		54	Y%	
Resultado		33	Z%	
TOTAL		135	$Média = \frac{X + Y + Z}{3}$	

Fonte: Elaborado pelas autoras

A MJ foi enviada para validação pelos participantes, momento em que foram questionados sobre a importância e viabilidade da aplicação da avaliação de implantação e se de alguma forma poderiam contribuir com o processo. Dez AAB responderam positivamente aos questionamentos e validaram a MJ.

DISCUSSÃO

A DRC tem recebido cada vez mais atenção da comunidade científica internacional e nacional, uma vez que sua elevada prevalência vem sendo demonstrada em estudos recentes¹⁸. Segundo a PNS (2013) a prevalência de DRC autorreferida é de 1,42% e, de acordo com dados do Censo Brasileiro de Diálise, a prevalência global estimada de pacientes em diálise crônica passou de 405 paciente por milhão de população (pmp) em 2009 para 640 pmp em 2018, correspondendo a um aumento absoluto de 58%, com aumento médio de 6,4% ao ano. Houve também aumento na taxa de incidência estimada, que foi de 204 pmp em 2018, 20% superior à observada em 2013. Com relação a causa base da DRC, no Brasil, a HA se mantém como a

principal causa-base, com números estáveis há alguns anos, seguida por aqueles com doença renal do diabetes²³.

O SUS conta com a Política Nacional da Doença Renal Crônica desde 2004 e quase dez anos depois, em 2013, foi publicada a LC e as Diretrizes Clínicas da DRC. No entanto, os dados do Censo Brasileiro de Diálise até 2018 apontaram aumento crescente nas taxas de incidência e prevalência de pacientes em diálise²³, indicando a necessidade de implantação e fortalecimento de políticas de prevenção a esse agravo. Bastos e Kirsztajn indicam que o tratamento ideal da DRC é baseado em três pilares de apoio: diagnóstico precoce da doença; encaminhamento imediato para tratamento nefrológico e implementação de medidas para preservar a função renal¹⁸.

Modelizar uma intervenção/programa possibilita explicitar os vínculos entre a intervenção e seus efeitos, por meio de uma representação esquemática que revele sua estrutura, processos e resultados. A modelização deve, portanto, permitir explicitar o caminho lógico dos atores envolvidos e revelar seus objetivos e, por esse motivo, deve ser feita em interação com esses atores, tornando possível o aprimoramento da inteligibilidade de um sistema complexo²⁴. A elaboração do ML da LC do paciente portador da DRC possibilitou a construção de um primeiro diagrama esquemático de relação entre estrutura, processo e resultado, mas o compartilhamento e discussão com profissionais que atuavam diretamente em pontos de atenção da LC, possibilitou explicitar ainda mais os componentes no ML, tornando-o mais completo.

Para se implementar uma avaliação é necessário desenhar uma matriz que contenha critérios/indicadores e parâmetros, bem como as fontes de informação a serem consideradas¹⁹. Segundo Donabedian (1986) são características avaliativas importantes dos critérios de qualidade dos indicadores a validade (que pode ser científica ou consensual e que confere legitimidade ao processo avaliativo), a relevância, a disponibilidade e qualidade do registro, a adaptabilidade à avaliação, sua capacidade de ser mais ou menos estruturado e sua eficiência em rastrear o problema⁵.

A elaboração da matriz de indicadores partiu da análise dos componentes do ML e de indicadores pré-existent, já utilizados para avaliação na APS ou disponíveis em bancos de dados do DataSUS. A participação de *experts* para elaboração, seleção e melhoria dos indicadores foi de grande importância. Os participantes possuíam em sua maioria mais de 10

anos de experiência como AAB e a boa formação acadêmica, compondo um grupo potente para discutir os indicadores da APS e a viabilidade e utilização de instrumentos de avaliação. A metodologia Delfos foi aplicada por via eletrônica para a construção de consenso, ampliando a possibilidade de validade dos indicadores e conferindo maior legitimidade ao processo avaliativo¹⁹.

Nesse sentido, o envolvimento de *stakeholders* como os *experts* para a elaboração e seleção de indicadores, se mostrou apropriada para esse estudo de avaliabilidade considerando a importância do desenho da avaliação envolver o equilíbrio de seus custos e o potencial de utilização de seus resultados⁷. Na etapa final de validação do instrumento todos os participantes responderam que consideram importante e viável a realização da avaliação de implantação proposta neste estudo, demonstrando interesse no produto construído e disponibilidade para contribuir com o processo realização da avaliação dessa LC.

Com relação aos custos, para se realizar essa avaliação normativa de implantação, considera-se que 30,2% dos indicadores poderão ser identificados a partir dos sistemas de informação públicos, enquanto 69,8% precisarão ser coletados nos próprios serviços/municípios. Em geral, considera-se um obstáculo à realização ampla da avaliação que possa subsidiar a tomada de decisão nos serviços de saúde, a disponibilidade de recursos e de tempo, dificultando a sua utilização para o enfrentamento de problemas que necessitem de soluções imediatas²⁵. Nesse sentido, entende-se que o Programa de AAB, por manter os profissionais em constante contato com os municípios, dispõe de atores que podem coletar sistematicamente as informações para os cálculos dos indicadores da MJ, ou seja, são potenciais avaliadores da LC dos portadores de DRC.

Considerações Finais

A partir desse estudo de avaliabilidade foi possível identificar que a LC da pessoa com DRC é avaliável. Considerando ainda o contexto da DRC, no Brasil e no mundo, e a importância das ações de prevenção e controle previstas para realização na APS, torna-se fundamental implementar um processo de avaliação que subsidie a tomada de decisões e redefinições de ações, no âmbito da LC da pessoa com DRC.

Embora o ML tenha sido elaborado a partir da LC de uma RS, o que pode representar uma limitação, ele comporta três dimensões da atenção à saúde: primária, secundária e terciária.

Ademais, sua elaboração contou com a contribuição de profissionais com vasta experiência, os AAB, na elaboração e seleção dos indicadores para o monitoramento e avaliação da LC do paciente portador de DRC, na APS.

A principal contribuição deste estudo, ressalvadas algumas particularidades territoriais, é a disponibilização de matrizes de monitoramento e de julgamento da implantação da LC da pessoa com DRC que podem ser aplicadas em qualquer município, RS ou estado.

Ainda, o desenvolvimento do estudo ratificou a importância dos processos participativos para a elaboração da avaliação em saúde, uma vez que possibilitam maior aproximação entre os interessados e os avaliadores, apontando para o êxito do processo avaliativo e maior subsídio ao processo de tomada de decisão dos gestores da saúde.

Acredita-se que o produto apresentado tenha potencial para contribuir com os processos de avaliação da LC ao portador de DRC, possibilitando a identificação dos seus pontos de fragilidade e de fortaleza, com vista ao alcance de melhores resultados em saúde no manejo dessa condição de saúde.

REFERÊNCIAS

1. Lv JC, Zhang LX. (2019) Prevalence and Disease Burden of Chronic Kidney Disease. In: Liu BC., Lan HY., Lv LL. (eds) Renal Fibrosis: Mechanisms and Therapies. Advances in Experimental Medicine and Biology. Singapura: Springer; 2019; v. 1165.
https://doi.org/10.1007/978-981-13-8871-2_1
2. Alcalde PR, Kirsztajn, GM. Gastos do Sistema Único de Saúde brasileiro com doença renal crônica. Braz. J. Nephrol. (J. Bras. Nefrol.) 2018;40(2):122-129
3. Ministério da Saúde. Portaria Nº 483 de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF; 2014. Diário Oficial da União (DOU), 2 Abril 2014; Seção 1: 50. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html
4. Ministério da Saúde. Portaria Nº 389 de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, DF; 2014. Diário Oficial da União (DOU), 14 Março 2014; Seção 1: 34. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html

5. Champagne F, Contandriopoulos A-P, Brousselle A, Hartz Z, Denis J-L. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A-P, Hartz Z. (Orgs). Avaliação Conceitos e Métodos. 1ª reimpressão: 2013; 1ª Edição:2011. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz, 2011. 291p.
6. Figueiró AC, de Frias PG, Navarro LM. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, de Frias PG. (Orgs). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro (RJ): Medbook, 2010. 196p.
7. Wholey JS, Hatry HP, Newcome KE. Handbook of Practical Program Evaluation. [Internet]. USA, John Wiley; 2004 [citado em 10 Nov, 2020]. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar?hl=ptBR&q=Handbook+of+Practical+Program+Evaluation&btnG=&lr=>.
8. Mendes MFdeM, Cazarin G, Bezerra LCdeA, Dubeux LS. Avaliabilidade ou Pré-avaliação de um Programa. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, de Frias PG. (Orgs). Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais. Rio de Janeiro (RJ): Medbook, 2010. 196p.
9. Medina MG, Silva GAP, Aquino R, Hartz ZMdeA. Uso de Modelos Teóricos na Avaliação em Saúde: Aspectos Conceituais e Operacionais. In: Hartz ZMdeA, da Silva LMV. (Orgs). Avaliação em Saúde: Dos modelos teóricos à Prática na Avaliação e Programas e Sistemas de Saúde. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p.
10. MCLAughlin JA, Jordan GB. Logic Models: A Tool for Telling Your Program's Performance Story. Eval Program Plann. 1999; 22(1):1-14. [https://doi.org/10.1016/S0149-7189\(98\)00042-1](https://doi.org/10.1016/S0149-7189(98)00042-1)
11. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.168 de 15 de junho de 2004. Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. Brasília, DF; 2004. Diário Oficial da União (DOU), 17 Junho 2004; Seção 1: 56. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1168_15_06_2004.html
12. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2010. Diário Oficial da União (DOU), 31 dezembro de 2010; Seção 1: 88. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
13. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde/ Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. p.: 37 p.: il. [citado em 30 dez 2020]. Disponível em:

<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/24/diretriz-cl--nica-drc-versao-final.pdf>

14. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. Organização Local da Linha de Cuidado Da Pessoa com Doença Renal Crônica – DRC. Guia Instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 11p. [citado em 30 dez 2020]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2014/08/images_Instrutivo_DRC_Gestor.pdf

15. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.675 de 7 de junho de 2018. Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília, DF; 2018. Diário Oficial da União (DOU), 8 Junho 2018; Seção 1: 148. Disponível em: https://www.in.gov.br/materia/-/asset_publisher/Kujrw0TZC2Mb/content/id/21054948/do1-2018-06-08-portaria-n-1-675-de-7-de-junho-de-2018-21054736.

16. Souza LEPPF, Silva LMV, Hartz ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV. (orgs). Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 65-102. ISBN: 978- 85-7541-516-0. Disponível em: doi: 10.7476/9788575415160. Também disponível em: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>

17. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP). Articuladores da Atenção Básica. São Paulo/SP. [citado em 10 nov, 2020]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atencao-basica/programa-articuladores-de-atencao-basica/articuladores-da-atencao-basica>

18. Bastos MG, Kirsztajn GM. Doença renal crônica: importância do diagnóstico precoce, encaminhamento imediato e abordagem interdisciplinar estruturada para melhora do desfecho em pacientes ainda não submetidos à diálise. J. Bras. Nefrol. [online]. 2011, vol.33, n.1, pp.93-108. ISSN 0101-2800. <https://doi.org/10.1590/S0101-28002011000100013>.

19. Aguiar LKde, Prado RR, Gazzinelli A, Malta DC. Fatores associados à doença renal crônica: inquérito epidemiológico da Pesquisa Nacional de Saúde Rev. bras. epidemiol., vol. 23, 05 Jun 2020. <https://doi.org/10.1590/1980-549720200044>

20. Brasil. Ministério de Saúde. Departamento de Análise de Situações de Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. Percepção do estado de saúde,

estilos de vida e doenças crônicas: Brasil, Grandes Regiões e Unidades de Federação. Rio de Janeiro; 2014.

21. Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES/SP). Matriz de indicadores. [citado em 10 dez 2020]. Disponível em: <http://saude.sp.gov.br/links/matriz>

22. Ministério da Saúde. Portaria N° 3.222, de 10 de dezembro de 2019. Dispõe sobre os indicadores do pagamento por desempenho, no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, DF; 2019. Diário Oficial da União (DOU), 11 Dezembro 2019; Seção 1: 172. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-3.222-de-10-de-dezembro-de-2019-232670481>

23. Neves PDMM, Sesso RdeCC, Thomé FS, Lugon JR, Nascimento MM. Censo Brasileiro de Diálise: análise de dados da década 2009-2018. Braz. J. Nephrol. [Internet]. 2020 June [cited 2020 Dec 30]; 42(2): 191-200. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002020000200191&lng=en. Epub May 20, 2020. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2019-0234>.

24. Champagne F; Brousselle A; Hartz Z; Contandriopoulos. Modelizar as Intervenções. In: Brousselle A; Champagne F; Contandriopoulos A-P; Hartz Z. (Orgs). Avaliação Conceitos e Métodos. 1ª reimpressão: 2013; 1ª Edição:2011. Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz, 2011. 291p.

25. Tanaka OU; Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.4, pp.821-828. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.

4.3. Manual de Aplicação da Avaliação

(APÊNDICE IV)

Manual de aplicação do Instrumento de Avaliação de Implantação da Linha de Cuidado (LC) da Pessoa Portadora de Doença Renal Crônica (DRC), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Ribeirão Preto

2021

LISTA DE SIGLAS

DRC – Doença Renal Crônica

RAS – Redes de Atenção à Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

LC – Linha de Cuidado

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EAP – Equipe de Atenção Primária

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

US – Ultrassom

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HA – Hipertensão Arterial

DM – Diabetes Mellitus

PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão

ACS – Agente Comunitário de Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

SISAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

MS – Ministério da Saúde

CID – Código Internacional de Doenças

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SP – São Paulo

SUMÁRIO

1) Avaliação em Saúde	89
2) Doença Renal Crônica	89
3) Elaboração do Modelo Lógico da Linha de Cuidado da Pessoa Portadora de Doença Renal Crônica e da Matriz de Monitoramento e Avaliação	90
4) Matriz de Avaliação da Implantação da Linha de Cuidado da pessoa com DRC na APS	91
5) Descrição dos indicadores que compõem a matriz de avaliação	97
Referências	111

1) Avaliação em Saúde

Avaliar significa formar opinião e emitir juízo de valor sobre determinado assunto. Esses julgamentos podem ser resultados da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborados com base em procedimento científico (pesquisa avaliativa). A avaliação pode ser externa, se conduzida por uma equipe que não faz parte da organização; ou interna, se realizada pela própria organização (Hartz et al., 2008).

A avaliação, portanto, constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão. A tomada de decisão é uma responsabilidade e uma competência formal do gestor que, além das informações obtidas no processo avaliativo, utiliza o conhecimento pessoal que possui (referências técnicas, políticas, institucionais, sociais, culturais entre outras) ou a percepção que tem do problema, forma uma convicção e toma uma decisão, mobilizando recursos necessários (Tanaka; Tamaki, 2012).

2) Doença Renal Crônica

A Doença Renal Crônica (DRC) tem sido reconhecida como um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, com prevalência global estimada em 13,4%. O aumento mundial desta doença é impulsionado, principalmente, pelo acréscimo da prevalência de diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade e envelhecimento (Lv; Zang, 2019). As estratégias de prevenção para conter o aumento dos casos de DRC devem envolver a educação da população sobre como prevenir a doença renal; identificar aqueles usuários com risco de desenvolver DRC; aumentar a conscientização do público em geral, formuladores de políticas e profissionais de saúde; modificar o estilo de vida de indivíduos suscetíveis; detectar em tempo oportuno o estágio inicial de DRC; interromper ou dificultar a progressão da doença; e a criação de instalações para assistência global (Ayodele; Alebiosu, 2010).

Com o objetivo de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, em 2010, foram publicadas as diretrizes para organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, com a proposta de inovar o processo de organização do sistema de saúde para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. A organização das RAS tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora

da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação do sistema, com eficácia tanto em termos de organização interna quanto em sua capacidade de superar os atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (Brasil, 2010)

Em 2014, foram publicadas as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC no SUS e os critérios para a organização da Linha de Cuidado da Pessoa com DRC, que está contida na Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2014 a,b).

3) Elaboração do Modelo Lógico da Linha de Cuidado da Pessoa Portadora de Doença Renal Crônica e da Matriz de Monitoramento e Avaliação

Desde a publicação da Portaria da Rede da Pessoa Portadora de Doença Crônica, as regiões de saúde (RS) iniciaram um movimento no sentido de discutir e organizar as linhas de cuidados das pessoas com Doenças Crônicas, dentre elas, a LC da Pessoa com DRC.

Como parte de um projeto de doutorado foi elaborado e validado o Modelo Lógico da Linha de Cuidado da Pessoa com DRC (Figura 5), com o objetivo de facilitar a visualização da organização da LC e ser um instrumento vivo, no sentido de poder sofrer alterações e atualizações de acordo com as realidades de cada RS do estado de São Paulo.

A partir desse ML, por um processo que envolveu alguns articuladores da Atenção Básica do estado de São Paulo e da Coordenação Estadual da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, foi construído um instrumento de Avaliação da Implantação da LC dos Portadores de DRC.

Nesse sentido, o presente manual foi elaborado com a finalidade de explicitar os indicadores que compõem a Matriz de Julgamento, as suas fontes de dados e modo de cálculo do percentual de implantação por componente.

Figura 5. Modelo Lógico da Linha de Cuidado do Paciente Portador da Doença Renal Crônica.

Dimensão	Insumo/Recurso	Ações/Atividades	Produto	Resultado Intermediário	Impacto /Resultado Final
Atenção Básica	Equipes de Atenção Básica e saúde da Família	Definição de território	Tratamentos dos fatores de progressão da doença	Controle dos fatores de risco Tratamento Oportuno	Melhora na resolutividade dos serviços de Atenção Básica Melhora na Qualidade de Vida dos pacientes com Doenças Crônicas
	Quantitativo de profissionais médicos e enfermeiros	Atualizar o calendário vacinal das pessoas com DRC.	Diagnóstico precoce		
	Exames de patologia clínica e imagem (US) em quantidade suficiente	Diagnosticar/ Monitorar /Acompanhar pacientes com diabetes, hipertensão, dislipidemia, obesidade, doença cardiovascular e tabagismo.	Estratificação de Risco Acompanhamento dos estágios clínicos pré-dialíticos 1 ao 3		
	Atividades educativas	Capacitar profissionais para identificação de fatores de risco, alterações em exames de patologia. Apoiar o autocuidado	Diagnóstico Precoce Ampliação da autonomia da pessoa com DRC		
	Central de Regulação	Garantir encaminhamentos para consultas em especialidade e realização de exames complementares; Realizar articulação e cooperação intra e intersetorial	Coordenação e vínculo com o paciente mesmo quando referenciado para outro ponto de atenção.		
	Sistema de Informação	Sistema de referência e contra referência Prontuário Eletrônico	Proporcionar conforto e humanização no transporte		
	Transporte Sanitário	Garantir transporte adequado aos pacientes para consultas em especialidades, exames e TRS			
Atenção Especializada	Unidade Especializada em DRC e Unidade Especializada em DRC com TRS/Diálise	- Prestar cuidado às pessoas com DRC do estágio clínico 4 e 5 (pré-dialítico) e no caso das unidades com TRS/Diálise também a pacientes com DRC em diálise. - Apoio material às equipes de Atenção Básica - Implante de acesso venoso de curta duração. - Implante ou encaminhamento para confecção de acesso vascular definitivo ou peritoneal.	Acompanhamento dos casos pré-dialítico e dialítico evitando complicações e agravos do quadro.	Aumento na resolutividade dos pontos de atenção envolvidos no processo de apoio material. Alcançar impacto positivo na sobrevida, na morbidade e na qualidade de vida Garantir equidade na entrada em lista de espera para transplante renal. Garantir qualidade nos serviços de atenção especializado	Melhora na Qualidade de Vida dos pacientes com Doença Renal Crônica Redução no número de pacientes com DRC que chegam pela porta de Urgência e Emergência. Redução no número de pacientes em estágios avançados de DRC Redução na morbimortalidade por DRC
	Número de equipamentos para diálise;	Realização de: I - Diálise peritoneal ambulatorial contínua (DPAC); II - Diálise peritoneal automática (DPA); III - Diálise peritoneal intermitente (DPI); e IV - Hemodiálise (HD).	Realização de TRS para os casos em que houver indicação		
	Quantitativo de profissionais nefrologistas	Prestar os primeiros atendimentos ao paciente em caso de intercorrências durante o processo de diálise.	Acompanhamento dos pacientes transplantados		
	Exames em quantidade suficiente	Avaliar quantitativamente pacientes com anemia, falha de acesso, conversão sorológica para vírus B, C e HIV, distúrbio mineral ósseo, qualidade da diálise (Kt/V).	Redução das intercorrências clínicas e internações.		
	Assistência Farmacêutica	Fornecimento de medicações de alto custo (imunossupressores, eritropoetina humana, análogos vitamina D, quelantes de fósforo e agentes calcimiméticos)			
	Equipe multiprofissional	-Fornecimento, com orientação do nutricionista e com base na prescrição médica, do aporte nutricional ao paciente no dia do procedimento dialítico. - Atendimento psicológico e social			
	Regulação	- Regular a inclusão e transferência em programas de TRS. -Regular sessões de HD em trânsito -Realizar regulação para consultas e exames de outras especialidades: cardiologia, gastroenterologia, urologia etc. -Realizar regulação de urgência e emergência -Realizar regulação para alta complexidade	Garantia de encaminhamento adequado e oportuno para outro ponto de atenção.		
Atenção de Alta Complexidade	Sistema de Informação	Sistema de Informação integrado com AB e Alta Complexidade	Garantir que os diferentes pontos de atenção recebam informações sobre o paciente		
	Hospitais para atendimento de urgência e emergência aos pacientes com DRC	Realizar tratamento de complicações de acesso vascular ou peritoneal Realizar atendimento de urgência e emergência ao paciente com DRC	Estabilização do quadro do paciente com DRC Garantir atendimento em condições que impõe risco à vida do paciente		
	Equipe de Transplante	Transplante renal			

Fonte: Elaborado pelas autoras.

4) Matriz de Avaliação da Implantação da Linha de Cuidado da pessoa com DRC na APS

A Matriz de Julgamento da Avaliação de Implantação da LC da pessoa com DRC na APS, está subdividida em componentes: estrutura, processo e resultado. Tem-se por estrutura os componentes que dão base à assistência em saúde, que estruturam o cuidado na sua dimensão

mais formal, como por exemplo, a disponibilidade de recursos humanos (quantidade de profissionais, qualificação entre outros), materiais (tais como instalações, insumos, equipamentos), existência de fluxos e protocolos, sistemas de informação, entre outros. O componente processo, apresenta as atividades e ações realizadas pelos profissionais a partir da estrutura disponível, ou seja, trata-se de processos de trabalho voltados ao cuidado. Enfim, o resultado refere-se aos produtos, efeitos e consequências esperados a partir das ações e atividades realizadas no cuidado.

O componente estrutura é composto por **16 indicadores** (Quadro 14) que visam avaliar a disponibilidade de recursos humanos e materiais. O componente processo visa identificar as ações realizadas no âmbito da LC do DRC e outras ações transversais que impactam na LC da DRC e é composto por **17 indicadores** (Quadro 15). O componente resultado é composto por **10 indicadores** (Quadro 16) de impacto e resultado e visam identificar o impacto da realização ou não realização de ações no âmbito da LC da DRC.

Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Se gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis (REDE, 2008).

Segundo Januzzi (2017) a construção de um indicador não se trata de um processo linear, mas de um caminho de tentativas e erros, um processo de aprimoramento contínuo, em que várias medidas vão sendo propostas em meio ao refinamento do conceito original, que vai deixando suas imprecisões e ambiguidades, em direção a um constructo mais preciso, delimitado e específico.

Assim, o presente instrumento não pretende ser fixo, mas o início de um processo de construção e aperfeiçoamento, na busca da institucionalização do monitoramento e avaliação nos serviços de saúde, a partir de uma construção coletiva e participativa, de profissionais de saúde, gestores e demais interessados na avaliação e na melhoria dos serviços e resultados em saúde.

Para o preenchimento da matriz é necessário realizar o cálculo do indicador e preencher na coluna “parâmetro alcançado/ valor observado”. A partir deste valor, deverá ser observada a pontuação a ser atribuída (coluna descrição do valor ou ponto de corte) e esta será anotada na

coluna “pontuação alcançada”. Os valores da coluna pontuação alcançada, devem ser somados e anotados ao final. A partir desse valor já será possível calcular o percentual de implantação de cada componente, que deverá ser transferido para o Quadro 17, para o cálculo geral da implantação da LC, na APS.

Quadro 14. Matriz de julgamento do Componente Estrutura

INDICADOR	CÁLCULO DO INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DADOS / VERIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR OU DO PONTO DE CORTE	PARÂMETRO ALCANÇADO / VALOR OBSERVADO	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	PONTUAÇÃO ESPERADA
1. Percentual de Cobertura populacional por equipes de atenção primária e/ou equipes de saúde da família	$(N^{\circ} \text{ de ESF} \times 4000) + (N^{\circ} \text{ EAP } 20h \times 2000) + (N^{\circ} \text{ EAP } 30h \times 3000) / \text{população total} \times 100$	80 – 100%	CNES e IBGE e-Gestor	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0			3
2. Número de exames laboratoriais para rastreamento de Doenças Crônicas não transmissíveis - DCNT (HAS, DM, DRC e outras)	Total de cotas de exames de bioquímica disponível ano/total da população acima de 18 anos	> 8	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 8 exames = 3 Entre 6 e 8 exames = 2 Entre 4 e 6 exames = 1 Abaixo de 4 exames = 0			3
3. Número de exame de imagem (US) para rastreamento de DRC	Total de cotas de US de rins e vias urinárias/população acima de 20 anos x 100	10%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\geq 10\% = 3$ $\geq 5\% \text{ e } < 10\% = 2$ $< 5\% = 0$			3
4. Número de vagas para atendimento ambulatorial na especialidade de nefrologia	Número de vagas para consulta médica na especialidade de nefrologia/população adulta acima de 20 anos x 100	2%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 2% = 3 Abaixo de 2% = 0			3
5. Percentual de carga horária mensal para reuniões e Educação Permanente em Saúde (EPS)	Número de horas destinadas às atividades de EPS mês/ Carga horária de trabalho mensal x100	8 – 10%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	8 a 10% = 3 6 a 8% = 2 4 a 8% = 1 Abaixo de 4% = 0			3
6. Percentual de unidades com Prontuário eletrônico do cidadão (PEC)	Número de unidades com PEC implantado e em uso/ Número total de unidades x100	80- 100%	E-Gestor (Sisab)	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0			3
7. Implantação do fluxograma na APS para avaliação de pacientes com risco de DRC	Número de equipes que utilizam o fluxograma/número total de equipes x 100	100%	Base de dados municipais (IN LOCO)	100% = 3 Entre 80 e 100% = 2 Entre 60 e 80% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
8. Disponibilidade de equipe multidisciplinar	Nº de profissionais nas diversas categorias cadastrados/número total de profissionais de nível superior x100	30%	CNES	Acima de 30% = 3 Entre 15 e 30% = 2 Abaixo de 15% = 0			3
9. Garantia de insumos para controle dos pacientes HAS e DM	Nº de medicamentos distribuídos para HAS e DM/nº total de medicamentos para HA e DIA adquiridos no período x 100	80-100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0			3
10. Fluxos de referência e contra-referência	Nº de pacientes encaminhados para especialidade de nefrologia/nº de pacientes atendidos pela referência x 100	100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	100% = 3 Entre 80 e 100% = 2 Entre 60 e 80% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
11. Oferta de cuidados nas UBSs	Temas e/ou grupos abordados/realizados na UBS ao menos 2 vezes ao ano () Tabagismo () Orientação Alimentar () Caminhada () Hipertensos () Diabéticos	Acima de 3 tipos de grupos diferentes	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 3 = 3 De 2 a 3 = 2 Abaixo de 1 a 2 = 1 Abaixo de 1 = 0			3

12. Ações de promoção e prevenção à saúde (atividade física)	Número de academia de saúde implantada e em funcionamento/ número de unidades de saúde x100	80-90%	CNES	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0			3
13. Capacitação das equipes de APS sobre Diretrizes Clínicas da DRC	Número de equipes de APS capacitadas/ Total de Equipes de APS x 100	50-70%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 50% = 3 Entre 30 e 50% = 2 Entre 10 e 30% = 1 Abaixo de 10% = 0			3
14. Cobertura populacional estimada de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	(Nº de ACS x 575)/Estimativa Populacional x 100	80-100%	E-Gestor AB	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0			3
15. Disponibilidade de consultas médicas e não médicas junto às unidades básicas de saúde	Nº de consultas médicas e não médicas para pacientes DRC / nº de consultas planejadas (4 consultas x 1,4% da população acima de 18 anos) x 100	80-100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0			3
16. Disponibilidade de equipes capacitadas para atendimento, acompanhamento e tratamento ao tabagismo	Nº de equipes capacitadas para cuidado ao tabagismo/número de equipes de saúde x 100	70% - 100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 70% = 3 Entre 50 e 70% = 2 Entre 30 e 50% = 1 Abaixo de 30% = 0			3
TOTAL COMPONENTE ESTRUTURA							48
CÁLCULO COMPONENTE = $\frac{\sum \text{Pontuação alcançada componente estrutura}}{\sum \text{Pontuação esperada componente estrutura}} \times 100$							
Análise do Componente Estrutura							
Intervalo De 66,6% a 100% De 33,33% a 66,6% De 1% a 33,33%				Julgamento Implantação Satisfatória Implantação Parcial Implantação Incipiente			
Total de indicadores: 16 Fonte de verificação: 11 indicadores in loco e 5 indicadores em sistemas públicos de informação							

Fonte: Elaborado pelas autoras

Quadro 15. Matriz de julgamento do Componente Processo

INDICADOR	CÁLCULO DO INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DADOS / VERIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR OU DO PONTO DE CORTE	PARÂMETRO ALCANÇADO / VALOR OBSERVADO	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	PONTUAÇÃO ESPERADA
17. Percentual da população cadastrada na equipe de Saúde da Família (ESF) e equipe de Atenção Primária (EAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) ¹	Nº de cadastros de usuários processados e validados no SISAB no quadrimestre/ quantitativo de pessoas a serem cadastradas pela Equipe OU Unidade OU município segundo parâmetros estabelecidos pelo MS x 100	70%	E-gestor AB	Acima de 70% = 3 Entre 50 e 70% = 2 Entre 30 e 50% = 1 Abaixo de 30% = 0			3
18. Percentual de Pacientes com DRC com calendário vacinal em dia	Número de usuário com DRC com vacinação em dia/ Número de usuários com DRC cadastrados x 100	100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	100% = 3 Entre 80 e 100% = 2 Entre 60 e 80% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
19. Percentual de pacientes identificados com DRC ao ano na APS	Número de pacientes diagnosticados com DRC nas Unidades Básicas de Saúde no ano/ População total da cadastrada (18 anos +) x 100	1 – 2%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 1% = 3 Abaixo de 1% = 0			3
20. Percentual de Pacientes com DRC Acompanhados na APS	Número de pacientes com DRC acompanhados na unidade/ 1,4%* da População total acima	90 – 100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 90% = 3 Entre 70 e 90% = 2 Entre 50 e 70% = 1 Abaixo de 50% = 0			3

	de 18 anos cadastrada na unidade x 100						
21. Percentual de pacientes com HAS cadastrados na APS	Número de pacientes com diagnóstico de HA cadastrados na APS/População adulta do município (18 anos e +) x 100	15 – 25%	E-gestor AB Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 15% = 3 Entre 10 e 15% = 2 Abaixo de 10% = 0			3
22. Percentual de usuários com estratificação de risco cardiovascular	Número de usuários com estratificação de risco cardiovascular realizada/ Número de usuários com doenças cardiovasculares cadastrados x 100	70% - 100%	E-gestor AB Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 70% = 3 Entre 50 e 70% = 2 Entre 30 e 50% = 1 Abaixo de 30% = 0			3
23. Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida na APS em cada semestre	Nº hipertensos com PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses/(Parâmetro de Cadastro x % hipertensos PNS OU Nº hipertensos identificados) ¹ x 100	90%	E-Gestor – AB Indicador de desempenho o programa previne Brasil	Acima de 90% = 3 Entre 70 e 90% = 2 Entre 50 e 70% = 1 Abaixo de 50% = 0			3
24. Percentual de pacientes com DM Cadastrados na APS	Número de pacientes com DM cadastrados na APS/população adulta do município (18 anos +) x 100	5 - 7%	E-Gestor Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 5% = 3 Entre 2 e 5% = 2 Abaixo de 2% = 0			3
25. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	Nº diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses/(Parâmetro de Cadastro x % diabéticos PNS OU Nº diabéticos identificados) ¹ x 100	90%	E-gestor – Indicador de desempenho o programa previne Brasil	Igual ou acima de 90% = 3 Entre 70 e 90% = 2 Entre 50 e 70% = 1 Abaixo de 50% = 0			3
26. Percentual de pacientes com obesidade acompanhados na APS.	Número de pessoas com excesso de peso identificado por avaliação antropométrica, em determinado local e período / Número de pessoas com avaliação antropométrica no mesmo local e período x 100 *IMC acima de 25kg/m ² (CAB 38)	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
27. Percentual de tabagistas acompanhados na APS	Número de tabagistas acompanhados na APS/ 15% da população acima de 18 anos cadastrada na APS X100 *PNS 2013 – população 18anos +, 15% fazem uso do tabaco	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
28. Percentual de Atividades educativas para profissionais sobre DRC	Número de Atividades educativas com profissionais (EPS) sobre fatores de risco e DRC/ total de atividades de EPS x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
29. Percentual de atividades coletivas voltadas para o auto cuidado apoiado	Número de atividades coletivas sobre fatores de risco e DRC/número total de atividades coletivas x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
30. Ações educativas realizadas quanto a alimentação pobre em sal, açúcares e gordura	Número de ações realizadas por grupos	01 ação bimestral por grupo	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Maior ou igual a 1 ação/grupo = 3 Menor que 1 = 0			3
31. Percentual de usuários com DRC que participam das Atividades Coletivas	Nº de usuários com DRC que participam de Atividades Coletivas / Total de usuários com DRC cadastrados x 100	70%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 70% = 3 Entre 50 e 70% = 2 Entre 30 e 50% = 1 Abaixo de 50% = 0			3
32. Percentual de portadores de DRC com Auto Cuidado Apoiado	Nº de DRC com auto cuidado apoiado/ Total de usuários com DRC cadastrados x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
33. Disponibilidade de medicamentos e insumos para pacientes	Número de pacientes com DRC (estágios II a V) atendidos pela Assistência Farmacêutica / 1,4% da população acima de 20 anos x 100	80 – 100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3

TOTAL COMPONENTE PROCESSO							51
CÁLCULO COMPONENTE = $\frac{\sum Pontuação\ alcançada\ componente\ processo}{\sum Pontuação\ esperada\ componente\ processo} \times 100$							
Análise do Componente Processo							
Intervalo De 66,6% a 100% De 33,33% a 66,6% De 1% a 33,33%				Julgamento Implantação Satisfatória Implantação Parcial Implantação Incipiente			
Total de indicadores: 17 Fonte de verificação: 14 indicadores in loco e 3 indicadores em sistemas públicos de informação							

Fonte: Elaborado pelas autoras

Quadro 16. Matriz de julgamento do Componente Resultado

INDICADOR	CÁLCULO DO INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DADOS / VERIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR OU DO PONTO DE CORTE	PARÂMETRO ALCANÇADO / VALOR OBSERVADO	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	PONTUAÇÃO ESPERADA
34. Percentual de pacientes com HAS controlados	Número de pacientes com HAS com quadro estável/ número total de pacientes com diagnóstico de HAS x 100	≥80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
35. Percentual de pacientes com DM controlados	Número de pacientes com DM com quadro estável/ número total de pacientes com diagnóstico de DM x 100	≥80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
36. Percentual de usuários diagnosticados nos estágios iniciais de DRC	Número de pacientes diagnosticados com DRC precocemente (ESTAGIO 1 E 2) nas Unidades Básicas de Saúde/ Número total de usuários com DRC x 100	40 – 50%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 40% = 3 Entre 20 e 40% = 2 Entre 10 e 20% = 1 Abaixo de 10% = 0			3
37. Percentual de usuários com DRC com risco estratificado	Número de pacientes com DRC com risco estratificado/ Número total de usuários com DRC x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
38. Percentual de Morbidade por DRC	% de internação por causas renais no ano vigente/ % de internação por causas renais no ano anterior x 100	< 80%	SIH DATASUS	< 80% = 3 > 80% = 0			3
39. Taxa de Mortalidade anual por DRC	Nº de óbitos por DRC/população acima de 20 anos x 100	< 1%	Tabnet/Data SUS / SIM	< 1% = 3 > 1% = 0			3
40. Redução no número de usuários tabagistas	Nº usuários que deixaram de fumar/ número de usuários tabagistas cadastrados x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
41. Taxa de Prevalência de pacientes em diálise	N.º de pacientes submetidos a tratamento de diálise renal no SUS (DPAC, DPA, DPI, Hemodiálise, Hemodiálise AIDS), por 100 mil habitantes na população residente.	<52	Matriz de indicadores da SES/SP	< 52 / 100 mil habitantes = 3 > 52/100 mil habitantes = 0			3
42. Internação por CSAB	% de internações por causas sensíveis à atenção básica no total de internações	< 15%	Matriz de indicadores da SES/SP	< 15% = 3 Entre 15 e 20% = 2 > 20% = 0			3

43. Percentual óbitos prematuros por DCNT (30 a 69 anos)	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14 – em determinado ano e local X 100.000 / População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.	< 17%	Tabnet/Data SUS / SIM	< 17% = 3 Entre 17 e 20% = 2 > de 20% = 0		3
TOTAL COMPONENTE RESULTADO						30
CÁLCULO COMPONENTE = $\frac{\sum \text{Pontuação alcançada componente resultado}}{\sum \text{Pontuação esperada componente resultado}} \times 100$						
Análise do Componente Resultado						
Intervalo De 66,6% a 100% De 33,33% a 66,6% De 1% a 33,33%				Julgamento Implantação Satisfatória Implantação Parcial Implantação Incipiente		
Total de indicadores: 10 Fonte de verificação: 5 indicadores in loco e 5 indicadores em sistemas públicos de informação						

Fonte: Elaborado pelas autoras

Quadro 17. Análise geral da implantação da dimensão Atenção Primária à Saúde nos 3 componentes

COMPONENTE	NÚMERO DE INDICADORES	PONTUAÇÃO OBTIDA	PONTUAÇÃO ESPERADA	% DE IMPLANTAÇÃO	JULGAMENTO
Estrutura	16		48	X%	
Processo	17		54	Y%	
Resultado	10		33	Z%	
TOTAL	43		135	Média = $\frac{X + Y + Z}{3}$	

Fonte: Elaborado pelas autoras

5) Descrição dos indicadores que compõem a matriz de avaliação.

Os indicadores podem ser identificados para um município, para uma região de saúde ou para o estado todo. Alguns podem ser compostos com dados diretamente retirados dos sistemas de informação em saúde do SUS e outros precisam ser coletados junto às secretarias municipais de saúde, em seus respectivos municípios.

As fichas dos indicadores abaixo apresentadas objetivam esclarecer a fonte de dados e a forma de coleta de informações para que o resultado seja o mais fidedigno possível e que possibilite comparação de informações entre municípios e regiões de saúde.

Os parâmetros foram definidos com base em portaria e documentos técnicos do SUS e a partir da análise de série histórica e validados pelos profissionais que elaboraram e selecionaram os indicadores da matriz de avaliação.

Indicador 1	
Título:	Percentual de Cobertura populacional por equipes de atenção primária e/ou equipes de saúde da família
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{(\text{N}^\circ \text{ de ESF} \times 4000*) + (\text{N}^\circ \text{ EAP 20h} \times 2000*) + (\text{N}^\circ \text{ EAP 30h} \times 3000*)}{\text{População total}} \times 100$
Fonte	CNES ou E-Gestor para n° de ESF e n° EAP IBGE para população
Parâmetro	80 – 100%
Objetivo	Identificar se o município possui equipes de Atenção Básica em número suficiente para acompanhar a população do município.
Observações	<p>*De acordo com a Portaria GM MS nº 2979/19, o potencial de cadastro por equipes é diferente dependendo da tipologia IBGE do Município, ou seja:</p> <p>Urbano: ESF x 4000 EAP 20h x 2.000 EAP 30h x 3.000</p> <p>Intermediário Adjacente ou Rural Adjacente: ESF x 2.750 EAP 20h x 1.375 EAP 30h x 2.063</p> <p>Intermediário Remoto ou Rural Remoto: ESF x 2.000 EAP 20h x 1.000 EAP 30h x 1.500</p>

Indicador 2	
Título:	Número de exames laboratoriais para rastreamento de Doenças Crônicas não transmissíveis - DCNT (HAS, DM, DRC e outras)
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Total de cotas de exames de bioquímica disponível ano}}{\text{total da população acima de 18 anos}}$
Fonte	Base de dados do município Para população acima 18 anos IBGE/DataSUS
Parâmetro	> 8
Objetivo	Identificar se o município possui disponibilidade de exames laboratoriais em quantidade suficiente para realizar rastreamento de DCNT.
Observações	De acordo com portaria de parâmetros (Portaria GM/MS nº 1631 de 01/10/2015) são em média 8 exames laboratoriais de análises clínicas para rastreamento dessas DCNT.

	(Dosagem de glicose de jejum, dosagem de colesterol total, dosagem de colesterol HDL, Dosagem de colesterol LDL, Dosagem de triglicerídeos, Dosagem de hemoglobina glicosilada, Dosagem de creatinina com estimativa da taxa de filtração glomerular - TGF, Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina, Dosagem de microalbumina na urina, Dosagem de Potássio) – 10 exames
--	---

Indicador 3	
Título:	Número de exame de imagem (US) para rastreamento de DRC
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Total de cotas de US de rins e vias urinárias}}{\text{população acima de 20 anos}} \times 100$
Fonte	Base de dados do município para quantidade de cotas de US de rins e vias urinárias. Para população IBGE
Parâmetro	10%
Objetivo	Identificar se o município possui disponibilidade suficiente de exame de US para rastreamento de DRC.
Observações	De acordo com portaria de parâmetros (Portaria GM/MS nº 1631 de 01/10/2015) devem ser realizados em média 1 US de Rim e vias urinárias para DRC em geral. Considerando que, segundo a mesma portaria, a estimativa de pacientes acima de 20 anos com DRC tipo 1 é 9,6 %, tipo 2 é de 0,9% e tipo 3 de 1,5%, definiu-se como parâmetro ter quantidade de exames suficiente para 10% da população acima de 20 anos.

Indicador 4	
Título:	Número de vagas para atendimento ambulatorial na especialidade de nefrologia
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de vagas para consulta médica na especialidade de nefrologia}}{\text{população adulta acima de 20 anos}} \times 100$
Fonte	Base de dados do município para quantidade consulta médica em nefrologia Para população acima de 20 anos: IBGE/DataSUS
Parâmetro	2%
Objetivo:	Identificar se o município possui vagas em quantidade suficiente para atendimento na especialidade para os pacientes que necessitem de encaminhamento.
Observações	De acordo com portaria de parâmetros (Portaria GM/MS nº 1631 de 01/10/2015) prevalência de DRC Estágio 3 – 1,5% da população acima de 20 anos), que seria a população que precisaria iniciar acompanhamento com especialista.

Indicador 5

Título:	Percentual de carga horária mensal para reuniões e Educação Permanente em Saúde - EPS
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de horas destinadas às atividades de EPS mês}}{\text{Carga horária de trabalho mensal}} \times 100$
Fonte	Base de dados do município: Verificar carga horária destinada a EPS no mês e dividir pela carga horaria mensal de trabalho na unidade.
Parâmetro	8 a 10%
Objetivo	Identificar se o município garante horário na agenda (agenda protegida) dos profissionais para realização de EPS
Observações	Verificar junto as equipes das UBSs qual a carga horária mensal reservada para EPS

Indicador 6	
Título:	Percentual de unidades com Prontuário eletrônico do cidadão (PEC)
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de unidades com PEC implantado e em uso}}{\text{Número total de unidades}} \times 100$
Fonte	E-Gestor , SISAB
Parâmetro	80 a 100%
Objetivo	Identificar se o município utiliza PEC como uma forma de garantir longitudinalidade e continuidade do cuidado por meio do registro de informações de atendimento.
Observações	

Indicador 7	
Título:	Implantação do fluxograma na APS para avaliação de pacientes com risco de DRC
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de equipes que utilizam o fluxograma}}{\text{Número total de equipes}} \times 100$
Fonte	Base de dados do município: Verificação in loco do número de equipes que utilizam o fluxograma previsto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com DRC.
Parâmetro	100%
Objetivo	Identificar se os profissionais conhecem e portanto, utilizam o fluxograma proposto nas Diretrizes Clínicas de cuidado para a DRC, para avaliação do paciente.
Observações	Fluxograma de avaliação disponível nas Diretrizes Clínicas para o cuidado da DRC.

Indicador 8	
Título:	Disponibilidade de equipe multidisciplinar
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de profissionais nas diversas categorias cadastrados}}{\text{número total de profissionais de nível superior}} \times 100$
Fonte	CNES
Parâmetro	30%
Objetivo	Identificar a disponibilidade de equipe multiprofissional que possa realizar trabalho conjunto com a equipe de APS no acompanhamento das pessoas portadoras de DRC.
Observações	Identificar outros profissionais não médicos (enfermeiros, psicólogos, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta, entre outros)

Indicador 9	
Título:	Garantia de insumos para controle dos pacientes HAS e DM
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de medicamentos distribuídos para HAS e DM}}{\text{nº total de medicamentos para HA e DM adquiridos no período}} \times 100$
Fonte	Base de dados do município: Verificação in loco da quantidade de medicamentos para HAS e DM adquiridos e distribuídos.
Parâmetro	80-100%
Objetivo	Identificar se o município possui medicamentos em quantidade suficiente para atender aos pacientes com HA e DM, garantindo o cuidado e controle das condições.
Observações	

Indicador 10	
Título:	Fluxos de referência e contra-referência
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de pacientes encaminhados para especialidade de nefrologia}}{\text{nº de pacientes atendidos pela referência}} \times 100$
Fonte	Base de dados do município: Verificação in loco da quantidade de pacientes encaminhados e pacientes atendidos na referência de nefrologia.
Parâmetro	100%
Objetivo	Identificar se o município possui um sistema de referência e contra-referência identificando quantidade de pacientes encaminhados e atendidos na especialidade de nefrologia
Observações	

Indicador 11	
Título:	Oferta de cuidados nas UBSs
Classificação:	Estrutura

Cálculo do Indicador:	Temas e/ou grupos abordados/realizados na UBS ao menos 2 vezes ao ano () Tabagismo () Orientação Alimentar () Caminhada () Hipertensos () Diabéticos
Fonte	Base de dados do município: Verificação in loco dos temas de grupos realizados nas UBSs.
Parâmetro	Acima de 3 grupos/temas diferentes por UBS
Objetivo	Identificar se o município oferta e realiza grupos de cuidados com objetivo de orientação para controle de agravos e autocuidado
Observações	

Indicador 12	
Título:	Ações de promoção e prevenção à saúde (atividade física)
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de academia de saúde implantada e em funcionamento}}{\text{número de unidades de saúde}} \times 100$
Fonte	CNES
Parâmetro	80-90%
Objetivo	Identificar se o município garante ações de promoção e prevenção por meio de realização de atividade física em academias de saúde.
Observações	

Indicador 13	
Título:	Capacitação das equipes de APS sobre Diretrizes Clínicas da DRC
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de equipes de APS capacitadas}}{\text{Total de Equipes de APS}} \times 100$
Fonte	Base de dados municipais: Verificação in loco
Parâmetro	50-70%
Objetivo	Identificar se as equipes de APS são capacitadas para o cuidado da DRC.
Observações	

Indicador 14	
Título:	Cobertura populacional estimada de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de ACS} \times 575}{\text{Estimativa Populacional}} \times 100$
Fonte	E-gestor AB
Parâmetro	80-100%
Objetivo	Identificar se o município garante o acompanhamento domiciliar por meio da identificação da cobertura por ACS.

Observações	Considera-se o valor de 575, resultado da média aritmética entre os valores mínimo e máximo definidos na PNAB 2011.
-------------	---

Indicador 15	
Título:	Disponibilidade de consultas médicas e não médicas junto às unidades básicas de saúde
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de consultas médicas e não médicas para pacientes DRC}}{\text{nº de consultas planejadas}} \times 100$
Fonte	Base de dados municipais
Parâmetro	80-100%
Objetivo	Identificar se são ofertadas consultas não médicas para os pacientes portadores de DRC.
Observações	*Cálculo de consultas planejadas = 4 consultas x 1,4% da população acima de 18 anos

Indicador 16	
Título:	Disponibilidade de equipes capacitadas para atendimento, acompanhamento e tratamento ao tabagismo
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de equipes capacitadas para cuidado ao tabagismo}}{\text{número de equipes de saúde}} \times 100$
Fonte	E-gestor AB
Parâmetro	70-100%
Objetivo	Identificar se o município possui equipes para acompanhar uma das condições de risco para o desenvolvimento da DRC que é o tabagismo.
Observações	

Indicador 17	
Título:	Percentual da população cadastrada na equipe de Saúde da Família (ESF) e equipe de Atenção Primária (EAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)¹
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de cadastros de usuários processados e validados no SISAB no quadrimestre quantitativo de pessoas a serem cadastradas pela Equipe}}{\text{OU Unidade OU município segundo parâmetros estabelecidos pelo MS}} \times 100$
Fonte	E-gestor AB
Parâmetro	70%
Objetivo	Identificar o percentual da população cadastrada junto as unidades de saúde.
Observações	¹ Portarias MS-GM nº 2.979, de 12/11/2019 e nº 3.263, de 11/12/2019.

Indicador 18

Título:	Percentual de Pacientes com DRC com calendário vacinal em dia
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de usuário com DRC com vacinação em dia}}{\text{Número de usuários com DRC cadastrados}} \times 100$
Fonte	Base de dados municipais
Parâmetro	100%
Objetivo	Identificar se os pacientes com DRC são acompanhados com relação ao calendário de vacinação.
Observações	

Indicador 19	
Título:	Percentual de pacientes identificados com DRC ao ano na APS
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes diagnosticados com DRC nas Unidades Básicas de Saúde no ano}}{\text{População total da cadastrada (18 anos +)}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	1 – 2%
Objetivo	Identificar se a APS realiza diagnóstico precoce da DRC
Observações	*Dados da PNS, 2013 – Estimativa de 1,4% da população acima de 18 anos com diagnóstico de DRC.

Indicador 20	
Título:	Percentual de Pacientes com DRC Acompanhados na APS
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes com DRC acompanhados na unidade}}{1,4\% * \text{da População total acima de 18 anos cadastrada na unidade}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	90 – 100%
Objetivo	Identificar se os pacientes com diagnóstico de DRC são acompanhados na APS.
Observações	*Dados da PNS, 2013 – Estimativa de 1,4% da população acima de 18 anos com diagnóstico de DRC.

Indicador 21	
Título:	Percentual de pacientes com HAS cadastrados na APS
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes com diagnóstico de HA cadastrados na APS}}{\text{População adulta do município (18 anos e +)}} \times 100$

Fonte	E-gestor AB Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	15 – 25%
Objetivo	Identificar se a APS conhece as pessoas portadoras de HA do território para realizar o acompanhamento e controle da condição.
Observações	Estimativa de indivíduos de 18 anos ou mais com HÁ = 21,4% (23,3% no sudeste) -PNS 2013

Indicador 22	
Título:	Percentual de usuários com estratificação de risco cardiovascular
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de usuários com estratificação de risco cardiovascular realizada}}{\text{Número de usuários com doenças cardiovasculares cadastrados}} \times 100$
Fonte	E-gestor AB Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	70-100%
Objetivo	Identificar se a APS acompanha adequadamente os usuários com risco cardiovascular.
Observações	

Indicador 23	
Título:	Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida na APS em cada semestre
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº hipertensos com PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \% \text{ hipertensos PNS OU } \text{Nº hipertensos identificados})^1} \times 100$
Fonte	E-Gestor – AB Indicador de desempenho programa previne Brasil
Parâmetro	90%
Objetivo	Identificar se a APS acompanha os pacientes com HA.
Observações	¹ O denominador será o que apresentar o maior valor. Referências: 1. Portaria nº 3.222, de 10/12/2019 2. Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/ MS

Indicador 24	
Título:	Percentual de pacientes com DM Cadastrados na APS
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes com DM cadastrados na APS}}{\text{população adulta do município (18 anos +)}} \times 100$

Fonte	E-Gestor Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	5 - 7%
Objetivo	Identificar se a APS conhece as pessoas com DM do território.
Observações	Prevalência média Brasil de pessoas com DM = 6,2% da população de 18 anos e mais (Sudeste 7,1%) – PNS, 2013

Indicador 25	
Título:	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \% \text{ diabéticos PNS OU Nº diabéticos identificados})^1} \times 100$
Fonte	E-gestor – Indicador de desempenho programa previne Brasil
Parâmetro	90%
Objetivo	Identificar se a APS realiza o acompanhamento das pessoas com DM.
Observações	PNS – Pesquisa Nacional de Saúde (2013). ¹ O denominador será o que apresentar o maior valor.

Indicador 26	
Título:	Percentual de pacientes com obesidade acompanhados na APS.
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pessoas com excesso de peso identificado por avaliação antropométrica, em determinado local e período}}{\text{Número de pessoas com avaliação antropométrica no mesmo local e período}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80%
Objetivo	Identificar se a APS acompanha pessoas com obesidade no território.
Observações	*IMC acima de 25kg/m² - (CAB 38)

Indicador 27	
Título:	Percentual de tabagistas acompanhados na APS
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de tabagistas acompanhados na APS}}{15\% \text{ da população acima de 18 anos cadastrada na APS}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80%
Objetivo	Identificar se a APS acompanha pessoas que fazem uso do tabaco.
Observações	PNS 2013 – população 18anos +, 15% fazem uso do tabaco

Indicador 28	
Título:	Percentual Atividades educativas para profissionais sobre DRC
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de Atividades educativas com profissionais (EPS)} \\ \text{sobre fatores de risco e DRC}}{\text{total de atividades de EPS}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80%
Objetivo	Identificar se são realizadas atividades de capacitação e qualificação profissional sobre DRC.
Observações	

Indicador 29	
Título:	Percentual de atividades coletivas voltadas para o auto cuidado apoiado
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de atividades coletivas sobre fatores de risco e DRC}}{\text{número total de atividades coletivas}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80%
Objetivo	Identificação de atividades coletivas com pessoas portadoras de DRC voltadas para o autocuidado apoiado.
Observações	

Indicador 30	
Título:	Ações educativas realizadas quanto a alimentação pobre em sal, açúcares e gordura
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	Número de ações realizadas por grupos de cuidados
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	01 ação bimestral por grupo
Objetivo	Identificar se a APS realiza atividades educativas sobre alimentação e nutrição.
Observações	

Indicador 31	
Título:	% de usuários com DRC que participam das Atividades Coletivas
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de usuários com DRC que participam de Atividades Coletivas}}{\text{Total de usuários com DRC cadastrados}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	70%

Objetivo	Identificar a adesão das pessoas portadoras de DRC nas atividades coletivas realizadas.
Observações	

Indicador 32	
Título:	% de portadores de DRC com Auto Cuidado Apoiado
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de pessoas com DRC com auto cuidado apoiado}}{\text{Total de usuários com DRC cadastrados}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80%
Objetivo	Identificar o percentual de pessoas com DRC realizam o auto cuidado apoiado.
Observações	

Indicador 33	
Título:	Disponibilidade de medicamentos e insumos para pacientes com DRC
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes com DRC (estágios II a V) atendidos pela Assistência Farmacêutica}}{1,4\% \text{ da população acima de 20 anos}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80 – 100%
Objetivo	Identificar se o município garante medicamentos e insumos aos pacientes com DRC.
Observações	(Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – prevalência de DRC 1,4% na população acima de 18 anos)

Indicador 34	
Título:	Percentual de pacientes HAS controlados
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes com HAS com quadro estável}}{\text{número total de pacientes com diagnóstico de HAS}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	≥80%
Objetivo	Identificar o percentual de pacientes com HA controlados, indicando resolutividade da AB e controle de uma das condições de risco da DRC.
Observações	

Indicador 35	
Título:	Percentual de pacientes com DM controlados
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes com DM com quadro estável}}{\text{número total de pacientes com diagnóstico de DM}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	≥80%
Objetivo	Identificar o percentual de pacientes com DM controlados, indicando resolatividade da AB e controle de uma das condições de risco da DRC.
Observações	

Indicador 36	
Título:	Percentual de usuários diagnosticados nos estágios iniciais de DRC
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes diagnosticados com DRC precocemente (ESTAGIO 1 E 2) nas Unidades Básicas de Saúde}}{\text{Número total de usuários com DRC}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	40 – 50%
Objetivo	Identificar o percentual de diagnóstico precoce de DRC na APS.
Observações	

Indicador 37	
Título:	Percentual de usuários com DRC com risco estratificado
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes com DRC com risco estratificado}}{\text{Número total de usuários com DRC}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80%
Objetivo	Identificar o percentual de pacientes acompanhados com risco estratificado na APS.
Observações	

Indicador 38	
Título:	Percentual de Morbidade por DRC
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	$\frac{\% \text{ de internação por causas renais no ano vigente}}{\% \text{ de internação por causas renais no ano anterior}} \times 100$

Fonte	SIH DATASUS
Parâmetro	< 80%
Objetivo	Identificar o impacto da implantação da LC na redução do percentual de internação por causas renais reduz ao longo dos anos.
Observações	

Indicador 39	
Título:	Taxa de Mortalidade anual por DRC
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de óbitos por DRC}}{\text{população acima de 20 anos}} \times 100$
Fonte	Tabnet/DataSUS / SIM
Parâmetro	< 1%
Objetivo	Identificar o impacto da implantação da LC no número de óbitos por DRC.
Observações	* Óbitos estimados = 0,013% população acima de 20 anos.

Indicador 40	
Título:	Redução no número de usuários tabagistas
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº usuários que deixaram de fumar}}{\text{número de usuários tabagistas cadastrados}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80%
Objetivo	Identificar o impacto das ações de controle do tabagismo no número de tabagistas cadastrados.
Observações	

Indicador 41	
Título:	Taxa de Prevalência de pacientes em diálise
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	N.º de pacientes submetidos a tratamento de diálise renal no SUS (DPAC, DPA, DPI, Hemodiálise, Hemodiálise AIDS), por 100 mil habitantes na população residente.
Fonte	Fonte: Tabnet SES/SP - Matriz de indicadores da SES/SP
Parâmetro	<52
Objetivo	Identificar o impacto da LC na taxa de prevalência de pacientes em diálise
Observações	(Prevalência de pacientes em diálise no Estado de São Paulo em 2017)

Indicador 42

Título:	Interação por CSAB
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	% de interações por causas sensíveis à atenção básica no total de interações
Fonte	Fonte: Tabnet SES/SP - Matriz de indicadores da SES/SP
Parâmetro	< 15%
Objetivo	Identificar o impacto da implantação das ações da LC da DRC na interação por CSAB.
Observações	Portaria 221, 17/04/2008/MS/SAS Média % de ICSAB no estado de São Paulo nos últimos 5 anos Fonte: Tabnet SES/SP

Indicador 43	
Título:	Percentual óbitos prematuros por DCNT (30 a 69 anos)
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14 – em determinado ano e local X 100.000 / População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.
Fonte	Tabnet/DataSUS / SIM (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)
Parâmetro	< 17%*
Objetivo	Identificar o impacto da implantação das ações da LC da DRC no percentual de óbitos prematuros por DCNT.
Observações	Fonte – nota Técnica Conass *World Health Organization (WHO). Global Health Estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016 [Internet]. Geneva: WHO; 2013

REFERÊNCIAS

Ayodele OE, Alebiosu CO (2010). Burden of Chronic Kidney Disease: An International Perspective. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 17 (3), 215-224. doi: 10.1053 / j.ackd.2010.02.001

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2010. Diário Oficial da União (DOU), 31 dezembro de 2010; Seção 1: 88. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 483 de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF;

2014a. Diário Oficial da União (DOU), 2 Abril 2014; Seção 1: 50. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 389 de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, DF; 2014b. Diário Oficial da União (DOU), 14 Março 2014; Seção 1: 34. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html

Hartz Z. et al. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008

Lv JC., Zhang LX. (2019) Prevalence and Disease Burden of Chronic Kidney Disease. In: Liu BC., Lan HY., Lv LL. (eds) Renal Fibrosis: Mechanisms and Therapies. Advances in Experimental Medicine and Biology, vol 1165. Springer, Singapura. https://doi.org/10.1007/978-981-13-8871-2_1

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/conceitos-e-criterios/> Acesso em 09 jan 2021.

Tanaka OU, Tamaki, EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.4, pp.821-828. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.

5. CONCLUSÃO DA TESE

A realização do presente estudo possibilitou identificar o estado atual do conhecimento sobre as características-chaves elencadas nos conceitos de rede de atenção à saúde, apontando como principal discrepância, na caracterização da RAS, uma visão macro, na lógica de organização de sistema de saúde ou, micro, como estratégia para organização de serviços de saúde. Foi evidenciada, portanto, a ausência de um conceito totalizante de RAS capaz de apresentar sua real abrangência e significado, o que pode influenciar sua operacionalização, governança e avaliação de desempenho. No entanto, cabe aqui refletirmos que talvez não exista um conceito totalizante para todos os sistemas de saúde, visto que, ele está calcado na própria concepção do sistema de saúde e, portanto, a depender de como o sistema de saúde estiver fundamentado, a rede apresentará certas características e outras não.

Ampliar a compreensão sobre a rede de atenção à saúde e sua forma de organização, que inclui as Linhas de Cuidado, se mostra como um caminho importante a ser percorrido para garantir a implementação das RAS. Nesse sentido, o estudo de avaliabilidade da Linha de Cuidado buscou produzir uma avaliação normativa de implantação, por meio de um processo que envolveu a participação de *stakeholders* como “*experts*” e que, ainda, poderão ser avaliadores na aplicação do instrumento construído, superando alguns dos obstáculos da avaliação que são o equilíbrio de custos e a utilidade provável dos resultados.

Como limitação do presente estudo identificamos a falta de indicadores de promoção à saúde na matriz elaborada, bem como a indisponibilidade do total de informações para a composição de todos indicadores nos sistemas de informação em saúde do SUS, levando a necessidade de identificação de alguns dados *in loco*. Outra limitação deve-se ao fato de a construção da matriz de monitoramento e avaliação restringir-se à dimensão da APS da Linha de Cuidado. Embora a APS tenha grande relevância na composição da rede de atenção à saúde, estudos complementares que contemplem as dimensões da Atenção Especializada e Atenção de Alta Complexidade, podem contribuir para uma apreciação e avaliação mais completa e integrada da LC do portador de DRC.

No entanto, acredita-se que os produtos apresentados tenham potencial para contribuir com os processos de avaliação da LC ao portador de DRC, possibilitando a identificação dos

seus pontos de fragilidade e de fortaleza, com vista ao alcance de melhores resultados em saúde, no manejo dessa complexa condição de saúde.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS DA TESE

Inicialmente, esta pesquisa tinha como objetivo realizar um estudo de avaliabilidade da Linha de Cuidado da pessoa portadora de Doença Renal Crônica. Contudo, uma vez que essa LC está incluída na Rede de Atenção à Pessoa com Doença Crônica Não Transmissível e que, a proposta do SUS é a organização assistencial em Redes de Atenção à Saúde para superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, no intuito de impactar positivamente os indicadores de saúde da população, ponderou-se a pertinência de se buscar, primeiramente, a compreensão do conceito de rede. Ademais, no dia a dia da prática em saúde, no SUS, notam-se situações em que profissionais se sentem confusos diante da compreensão conceitual e relacional de alguns dispositivos de organização da atenção, como por exemplo: rede de saúde e linha de cuidado não são a mesma coisa?

Desta forma, a revisão de escopo explorou o conceito de rede e identificou características similares e complementares dos conceitos presentes nos documentos oficiais do SUS e na literatura científica. Assim, tem-se a expectativa de que o artigo produzido possa contribuir para o real entendimento da relação entre rede e LC e, consequentemente, favorecer a implantação desses dispositivos organizativos, no SUS.

Durante o estudo da LC da pessoa portadora de DRC evidenciou-se a importância das ações realizadas no âmbito da APS, uma vez que a falta de prevenção, controle e acompanhamento de condições crônicas como Hipertensão e Diabetes aumentam significativamente o risco de desenvolvimento de DRC. Deste modo, considera-se fundamental envolver os profissionais da APS em processos de monitoramento e avaliação da atenção prestada à população, por sua responsabilidade na coordenação do cuidado, além de estimular a institucionalização do processo avaliativo e de despertar o interesse e melhor compreensão sobre a responsabilidade de cada ponto da rede, na perspectiva da integralidade do cuidado. Entretanto, também se pondera que a apreciação do ML por profissionais dos diferentes pontos de atenção amplia a possibilidade de maior compreensão acerca da linha de cuidado e, consequentemente, dos arranjos que nela devam ser operados para que haja maior efetividade na abordagem do paciente com DRC, contribuindo para o fortalecimento do atendimento em rede.

Por sua vez, o manual de aplicação da avaliação foi elaborado com o objetivo de facilitar a sua operacionalização, na medida em que instrumentaliza os avaliadores. Destaca-se que ele pode e deve ser aperfeiçoado juntamente com os interessados, pois os processos de avaliação são vivos e dinâmicos e precisam ter valor junto aos envolvidos.

No desenvolvimento dessa pesquisa também ficou evidente a relevância do trabalho do articulador da atenção básica nas regiões de saúde. Sua presença marcante nos territórios somada às experiências acadêmica e profissional, certamente, influencia positivamente as ações desenvolvidas na APS regional, em especial, no apoio às equipes de saúde dos municípios de pequeno porte. Ainda, na avaliação aqui proposta, verificou-se a possibilidade de atuação dos AAB como avaliadores, uma vez que, questionados sobre a importância desse processo e disponibilidade para contribuir, todos os participantes apontaram a relevância e o interesse no desenvolvimento desta atividade.

Outro ponto muito importante identificado nesse processo refere-se à disponibilidade de informações confiáveis, acessíveis e em tempo oportuno, que está diretamente relacionada com a institucionalização dos processos de avaliação e a viabilidade de seus custos. Há a necessidade de o maior número de informações ser inserido nos sistemas de informação em saúde (SIS) já utilizados no SUS, permitindo a coleta de dados para a composição dos indicadores das matrizes avaliativas. Vislumbra-se a construção de plataformas eletrônicas que tenham interface com os SIS, comportando as matrizes de monitoramento e de avaliação das diferentes linhas de cuidado, possibilitando a rápida geração dos indicadores, ação que repercute diretamente na viabilização do processo de avaliação em saúde.

A complexidade do processo de tomada de decisão em saúde é sabidamente reconhecida e permeada por graus de incerteza e subjetividade. Por isso, a disponibilidade de evidência confiável e oportuna pode favorecer a ação decisória, constatação que ratifica a necessidade do desenvolvimento da avaliação em saúde. Por conseguinte, acredita-se que ampliar a disponibilidade de informações sobre a atenção produzida nos pontos de atenção da RAS (APS, média complexidade e alta complexidade) e os componentes avaliativos da qualidade em saúde (estrutura, processo e resultado) incentive a maior utilização dos resultados de avaliações para subsidiar a tomada de decisão pelos gestores da saúde em todas as esferas governamentais (municipal, regional, estadual e federal), favorecendo o desempenho do sistema de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS DA TESE

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

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília, 2ª edição, 1990.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/SUS – NOB01/96**. Publicada em 06/11/1996. Brasília, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde/SUS – NOAS01/02**. Publicada em 27/02/2002. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.168 de 15 de junho de 2004. **Institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão**. Brasília, DF; 2004. Diário Oficial da União (DOU), 17 Junho 2004; Seção 1: 56. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt1168_15_06_2004.html

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o pacto pela Saúde 2006 e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto**. Brasília, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sub-Secretaria de Planejamento e Orçamento. Coordenação Geral de Planejamento. Sistema de **Planejamento do SUS (PlanejaSUS): instrumentos básicos**/MS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006. **Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão**. Brasília, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Avaliação na Atenção Básica em saúde: caminhos da institucionalização**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 36p, 2005 a. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/avaliacao_ab_portugues.pdf> acesso em: 20 de out, 2015.

_____. Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Portaria nº 4.279 de 30 de Dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. 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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. **Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao paciente com Doença Renal Crônica – DRC no Sistema Único de Saúde**, 2014 a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 389, de 13 de março de 2014. **Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014 b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Coordenação Geral de Média e Alta Complexidade. **Organização Local da Linha de Cuidado Da Pessoa com Doença Renal Crônica – DRC. Guia Instrutivo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014 c. 11p. [citado em 30 dez 2020]. Disponível em: https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2014/08/images_Instrutivo_DRC_Gestor.pdf

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 1.675 de 7 de junho de 2018. **Altera a Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e a Portaria de Consolidação nº 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre os critérios para a organização, funcionamento e financiamento do cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.** Brasília, DF; 2018. Diário Oficial da União (DOU), 8 Junho 2018; Seção 1: 148.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como Elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar a avaliação.** In: Nota Técnica nº 6, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, IPEA, Brasília, 2010, 35p.

CECCIM, R.B.; FERLA, A. A. **Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde.** In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs.). *Gestão em redes: práticas, avaliação, formação e participação na saúde.* Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.165-8

CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A-P.; BROUSSELLE, A.; HARTZ, Z.; DENIS, J-L. **A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos.** In: BROUSSELLE, A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A-P.; HARTZ, Z. (org). **Avaliação conceitos e métodos.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 2013, p. 41-60.

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

FELISBERTO, E. **Avaliação do processo de implantação da estratégia da Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância (AIDPI) no Programa Saúde da Família (PSF) no estado de Pernambuco no período de 1998 a 1999.** Recife: 2001. Dissertação (mestrado). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz. Disponível em: <http://www.paho.org/bra/index.php?gid=545&option=com_docman&task=doc_view> Acesso em 25 de out 2015.

FREIRE, R. C. **As ações programáticas no projeto saúde todo dia: uma das tecnologias para a organização do cuidado** [Dissertação]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.

FIGUEIRÓ AC; DE FRIAS PG; NAVARRO LM. Avaliação em Saúde: Conceitos Básicos para a Prática nas Instituições. In: Samico I; Felisberto E; Figueiró AC; de Frias PG. (Orgs). **Avaliação em Saúde: Bases Conceituais e Operacionais**. Rio de Janeiro (RJ): Medbook, 2010. 196p.

GUIMARÃES, L; GIOVANELLA, L. Entre a cooperação e a competição: percursos da descentralização do setor saúde no Brasil. **Rev. panam. salud pública**, V. 16(4): 283-288, out. 2004.

HARTZ, Z. M. A (Org.). **Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. 132 p.

KDIGO. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int (Suppl)* 2013; 3:1-150.

LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. **Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmicas**. In GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L.V.C.; NORONHA, J.C.; CARVALHO, A.I. (organizadores). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. 2. Ed.rev.e amp. Rio de Janeiro, Ed. Fiocruz: 89-120. 2012.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic diseases. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.34, p.593-605, jul./set. 2010.

MCLAUGHLIN, JÁ; JORDAN, GB. Logic Models: A Tool for Telling Your Program's Performance Story. **Evaluation and Program Planning**, Volume 22, Number 1, February 1999

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. V. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

_____. **As redes de Atenção à Saúde**. Organização Pan-Americana da Saúde, Brasília, 2011.

MOTTA, P. R. Participação e descentralização administrativa: lições de experiências brasileiras. In: **Revista de Administração Pública**, v. 28(3): 175-194, 1989.

NAKATA, L.C.; FERREIRA, J.B.B. Modelo Lógico de uma Linha de Cuidado: A Valorização do Processo de Construção Compartilhada. In: **Anais do 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde**, 2019, João Pessoa. Anais eletrônicos. Campinas, Galoá, 2019. Disponível em: <<https://proceedings.science/8o-cbcsht/papers/modelo-logico-de-uma-linha-de-cuidado--a-valorizacao-do-processo-de-construcao-compartilhada>> Acesso em: 11 jan. 2021

NAZARENO, C. F. **Avaliação do processo de implantação da Programação Pactuada e Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças: ações de imunização como condição traçadora.** Mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Disponível em: < <http://arca.iciet.fiocruz.br/bitstream/iciet/5165/2/893.pdf>> Acesso em: 01 de nov de 2015.

NEVES, P.D.M.deM et al. Brazilian Dialysis Census: analysis of data from the 2009-2018 decade. **Braz. J. Nephrol.**, São Paulo , v. 42, n. 2, p. 191-200, June 2020 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-28002020000200191&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Jan. 2021. Epub May 20, 2020. <https://doi.org/10.1590/2175-8239-jbn-2019-0234>.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: Componentes estruturais de ação.** Brasília: Organização Mundial de Saúde, 2003.

PATTON, M.Q. **Utilization- Focused Evaluation.** 4. Ed. California: Sage Publications, Inc., 2008

PINTO, H. A. **Linhas de cuidado na Bahia: um conceito em viva produção.** Rev. Baiana, 3 (1): 22-34, 2009.

SERPA, S.M.H.C. **Para que avaliar?: identificando a tipologia, os propósitos e a utilização das avaliações de programas governamentais no Brasil.** 2010. 192 f. Dissertação (Mestrado em Administração) -Universidade de Brasília, Brasília, 2010.

SOUZA, LEPF., SILVA, LMV., and HARTZ, ZMA. Conferência de consenso sobre a imagem objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: HARTZ, ZMA., and SILVA, LMV. orgs. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, pp. 65-102. ISBN: 978- 85-7541-516-0. Available from: doi: 10.7476/9788575415160. Also available from in ePUB from: <http://books.scielo.org/id/xzdnf/epub/hartz-9788575415160.epub>

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

UCHIMURA, K.Y; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 18(6):1561-1569, 2002

WEISS, C. H. **Evaluation.** 2. Ed. Upper Saddle River: Prentice-Hall, Inc., 1998.

WHORTHEN, B.R.; SANDERS, J.R; FITZPATRICK, J.L. **Avaliação de Programas: Concepções e práticas.** AZEVEDO, D.A. (Tr.) São Paulo: Editora Gente, 2004.

ANEXOS

ANEXO I – Artigo Publicado na Revista Escola Anna Nery de Enfermagem

Esc Anna Nery 2020;24(2):e20190154

REVISÃO | REVIEW

www.scielo.br/

EAN

Conceito de rede de atenção à saúde e suas características-chaves: uma revisão de escopo

Concept of health care network and its key characteristics: a scoping review

Concepto de red de atención de salud y sus características clave: una revisión de alcance

Liliane Cristina Nakata¹Aline Fiori dos Santos Feltrin¹Lucieli Dias Pedreschi Chaves²Janise Braga Barros Ferreira¹

¹Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

²Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem, Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Mapear as evidências científicas nacionais e internacionais acerca das características elencadas no conceito de rede de atenção à saúde. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo, realizada a partir da consulta nas bases de dados PubMed, Lilacs, Scopus e CINAHL. A busca foi realizada de setembro a outubro de 2017, de forma concomitante em todas elas, tendo retornado um total de 820 registros e, após aplicação de filtros e critérios de inclusão e exclusão, 10 manuscritos compuseram a amostra. **Resultados:** Mapeou-se 29 características-chave presentes nos conceitos de rede de atenção à saúde, tais como: integralidade, território definido, cooperação, coordenação, equidade, qualidade, integração, variedade de serviços, racionalidade, interdependência, garantia de direito, intersetorialidade, eficiência, eficácia, interligação, humanização, objetivo comum, longitudinalidade, ampliação do acesso, garantia de acesso, articulação, regulação, adaptabilidade, flexibilidade, abertura, fluidez, horizontalidade, formalização por contrato. **Conclusão e Implicações para a prática:** As características expressaram complementaridade na formação do conceito de rede de atenção à saúde. No entanto, nota-se a ausência de um conceito totalizante para rede de atenção à saúde capaz de apresentar sua real abrangência e significado. Acredita-se que a compreensão do conceito e suas características influencie a operacionalização, governança e avaliação de desempenho da rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: Sistema de Saúde. Serviços de Saúde. Formação de Conceito. Revisão.

ABSTRACT

Objective: To map national and international scientific evidences about the characteristics present in the concept of health care network. **Method:** This is a scoping review based on the PubMed, Lilacs, Scopus and CINAHL databases. The search was carried out from September to October 2017, concurrently in all of them, producing a total of 820 records. After applying filters and inclusion and exclusion criteria, 10 manuscripts composed the sample. **Results:** The results showed 29 characteristics present in concepts of health care network, namely: integrality, defined territory, cooperation, coordination, equity, quality, integration, variety of services, rationality, interdependence, guarantee of right, intersectorality, efficiency, effectiveness, interconnection, humanization, common objective, longitudinality, access expansion, access guarantee, articulation, regulation, adaptability, flexibility, openness, fluidity, horizontality and formalization by contract. **Conclusion and implications for practice:** The characteristics expressed complementarity in the formation of the concept of health care network. However, there is not a totalizing concept for health care network capable of presenting its real scope and meaning. Understanding the concept and its characteristics is believed to influence the operationalization, governance and performance assessment of the health care network.

Keywords: Health System. Health Services. Concept Formation. Review.

RESUMEN

Objetivo: Mapear la evidencia científica nacional e internacional sobre las características presentes en el concepto de red de atención de salud. **Método:** Esta es una revisión de alcance basada en las bases de datos PubMed, Lilacs, Scopus y CINAHL. La búsqueda se llevó a cabo de septiembre a octubre de 2017, simultáneamente en todos ellos, produciendo un total de 820 registros. Después de aplicar filtros y criterios de inclusión y exclusión, 10 manuscritos compusieron la muestra. **Resultados:** Los resultados mostraron 29 características presentes en los conceptos de red de atención de salud, a saber: integridad, territorio definido, cooperación, coordinación, equidad, calidad, integración, variedad de servicios, racionalidad, interdependencia, garantía de derecho, intersectorialidad, eficiencia, eficacia, interconexión, humanización, objetivo común, longitudinalidad, ampliación del acceso, garantía de acceso, articulación, regulación, adaptabilidad, flexibilidad, apertura, fluidez, horizontalidad, formalización por contrato. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** Las características expresaron complementariedad en la formación del concepto de red de atención de salud. Sin embargo, no existe un concepto totalizador para la red de atención de salud capaz de presentar su alcance y significado reales. Se cree que comprender el concepto y sus características influye en la operacionalización, la gobernanza y la evaluación del desempeño de la red de atención de salud.

Palabras-clave: Sistema de Salud. Servicios de Salud. Formación de Concepto. Revisión.

Autor Correspondente
Janise Braga Barros Ferreira
E-mail: janise@fmrp.usp.br

Recebido em 21/05/2019.
Aprovado em 09/10/2019.

DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2019-0154

Características da rede de atenção à saúde

Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB

INTRODUÇÃO

Os sistemas de saúde têm o objetivo de promover, restaurar e manter a saúde de uma população, sendo compostos por um conjunto de serviços que se comunicam entre si buscando a proteção social.¹ A análise histórica dos sistemas de saúde tem mostrado que, até a primeira metade do século XX, eles se voltaram para as doenças infecciosas e, na segunda metade, para as condições agudas. Os progressos da ciência biomédica e a implementação de medidas de saúde pública reduziram o impacto de inúmeras doenças transmissíveis, na maior parte dos países desenvolvidos. Portanto, os atuais sistemas de saúde se organizaram para tratar problemas agudos e necessidades prementes dos pacientes e, nesse início de século XXI, em que as condições crônicas estão se tornando mais expressivas, observa-se a disparidade quando se adota o modelo de tratamento agudo para atenção aos problemas crônicos.²

De outro modo, é fato que houve avanços substantivos na abordagem das condições de saúde, nas últimas décadas, com redução das taxas de mortalidade e melhora da expectativa de vida, em todo o mundo. Não obstante, em muitos países, a transição epidemiológica permanece registrada na magnitude das doenças crônicas e de seus efeitos indesejáveis para a pessoa, as famílias e os sistemas de saúde. Essa situação implica na necessidade de se adequar a abordagem a essas condições de saúde, objetivando-se o alcance de qualidade de vida e melhor desempenho dos sistemas de saúde.³

No contexto nacional, nota-se a situação de saúde marcada pela tripla carga de doenças (doenças crônicas não transmissíveis e seus fatores de risco, as causas externas e persistência das doenças transmissíveis), aliada ao acelerado envelhecimento da população e a um sistema de saúde, que apesar de poder celebrar conquistas, ainda se mostra não totalmente organizado para o enfrentamento deste cenário.^{4,5}

Essa situação se constitui em uma ameaça sob a perspectiva econômica e da saúde, de modo que, os sistemas de saúde devem ser reorganizados para enfrentar os desafios relacionados à eficiência e efetividade de suas ações, por meio da adoção de estratégias eficazes, principalmente, para o manejo das condições crônicas.²

Nesse sentido, os sistemas de saúde devem se resguardar contra a fragmentação dos serviços, uma vez que o tratamento das condições crônicas requer a integração, garantindo o compartilhamento das informações entre os seus diferentes componentes através do tempo, bem como a coordenação do financiamento em todos os âmbitos do sistema. Destaca que os serviços integrados resultam em melhor qualidade de saúde, reduz o desperdício no uso de recursos físicos, materiais e profissionais, alcançando maior eficiência e, ainda uma experiência satisfatória aos usuários.²

O futuro dos sistemas de saúde consiste em integrarem-se em Redes de Atenção à Saúde (RAS), trabalhando de modo mais cooperativo e operacionalizado sob uma visão compartilhada, com a eliminação de redundâncias, a implantação de diretrizes clínicas, integração horizontal e vertical dos serviços e foco na

qualidade.⁶ As evidências apontam que a implantação das redes de atenção à saúde produz resultados positivos, tais como: redução da fragmentação da atenção; melhora da eficiência global do sistema; a não multiplicação de infraestrutura e serviços; resposta melhor às necessidades e às expectativas das pessoas; melhora do custo efetividade dos serviços de saúde; redução das hospitalizações desnecessárias; diminuição da utilização excessiva de serviços e exames; diminuição do tempo de permanência hospitalar; produção de economias de escala e de escopo; aumento da produtividade do sistema; melhora da qualidade da atenção; produção de uma oferta balanceada de atenção geral e especializada; facilitação da utilização dos diferentes níveis de atenção pelas pessoas; aumento da satisfação dos usuários e do autocuidado.⁷

No Brasil, o conceito de RAS, sob a ótica organizativa de sistema de saúde, a despeito de estar inserido nos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e em suas normativas operacionais, passa a ser mais aplicado a partir do Pacto pela Saúde 2006, integrando a proposta de fortalecimento da regionalização, de interdependência e relacionamento direto entre as três esferas de sua gestão.^{8,9} Com a publicação da Portaria GM/MS nº 4.279/2010¹⁰ e do Decreto nº 7.508/2011¹¹ é disparado um movimento nas regiões de saúde, na direção de se construir e operacionalizar a RAS, com a publicação das diretrizes para a sua organização.

No entanto, verifica-se que, ao menos no Brasil, embora se tenha, no SUS, uma definição de conceito para a RAS, ele pode ser compreendido de diferentes formas entre os atores que atuam na área da saúde, uma vez que a palavra rede tem vários significados. Em sua origem, a palavra rede, oriunda do latim *retem*, define uma estrutura que tem um padrão característico.¹²

Considerando o desafio de reorganização dos sistemas de atenção à saúde e tendo a rede de atenção à saúde como uma estratégia para essa reorganização, este estudo tem como objetivo mapear as evidências científicas nacionais e internacionais acerca das características elencadas no conceito de rede de atenção à saúde.

MÉTODO

A revisão de escopo ou *scoping review* foi a escolha para o desenvolvimento deste estudo como método de agrupamento dos dados e síntese do conhecimento, que pode ser utilizado para mapear os principais conceitos que sustentam uma área de pesquisa, ou ainda esclarecer definições de trabalho e/ou os limites conceituais de um tópico ou campo de estudo.^{13,14} Assim, realizou-se a análise de escopo sistemática e os dados foram analisados e sintetizados de forma narrativa.

Utilizando a estratégia população, conceito e contexto (PCC)^{13,14} foram incluídos nesta revisão de escopo estudos: a) quanto à população: qualquer grupo ou país de estudo; b) quanto ao conceito: apresentar explicitamente o conceito de rede de atenção à saúde e suas características; c) quanto ao contexto: organização do sistema de saúde. Essa estratégia foi empregada para responder a seguinte questão: Quais as evidências científicas

Características da rede de atenção à saúde

Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB

nacionais e internacionais acerca das características elencadas no conceito de rede de atenção à saúde?

Quanto ao tipo de estudos foram incluídos: estudos com abordagem quantitativa e qualitativa, estudos primários, revisões sistemáticas, metanálises e/ou metassínteses, livros e *guidelines*, publicados nos idiomas inglês, ou espanhol ou português, em fontes indexadas ou na literatura cinzenta, disponíveis *online* nas bases de dados consultadas. Foram excluídas as publicações em outros idiomas e que deixaram de apresentar o conceito de rede de atenção à saúde de forma explícita. O período escolhido para a pesquisa abrangeu o início operativo do SUS (1990) ao final do primeiro semestre de 2017.

As bases de dados utilizadas foram a National Library of Medicine (PubMed), Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (Lilacs), SciVerse Scopus (Scopus) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL). A busca em tais bases de dados foi realizada de setembro a outubro de 2017, de forma concomitante em todas elas, por dois revisores.

Para a busca nas quatro bases de dados foi considerada a seguinte palavra-chave: "rede de atenção à saúde" (health care networks) e o cruzamento desta com os descritores controlados "Health Services"; "Delivery of Health Care, Integrated"; "Health Care Delivery"; "Health Promotion"; "National Health Programs"; "Health Systems Plans"; "Regional Health Planning", com o uso do operador booleano "OR", referenciados pelo DECS/MESH. A busca na base dados Lilacs foi trilingue (português, inglês e

espanhol) e, nas demais bases foram empregados descritores e a palavra chave na língua inglesa, sendo realizada de modo integrado nos campos título, resumo e assunto. As estratégias de busca segundo cada base de dados estão apresentadas no Quadro 1.

Os artigos e documentos técnicos foram selecionados pelo título e resumo e, posteriormente, avaliados na íntegra objetivando a seleção final do material para responder à questão norteadora. A leitura do material foi realizada por dois pesquisadores, de forma independente, com preenchimento de instrumento para coleta de dados, buscando minimizar possível viés de seleção dos estudos. Os impasses relativos à inclusão ou exclusão dos artigos foram resolvidos por meio de discussão e alcance de consenso entre as pesquisadoras, ou por consulta a um terceiro revisor (todos são autores da revisão). O instrumento de coleta de dados extraiu as seguintes informações dos estudos selecionados: identificação do artigo/documento técnico, ano de publicação, tipo de documento, tipo de estudo, procedência (local onde os dados do estudo foram coletados) e o conceito de rede de atenção à saúde. Após a seleção da amostra final de artigos/documentos foi realizada a extração das características chaves presentes nos conceitos de rede de atenção à saúde, com a finalidade de se identificar as semelhanças, diferenças e complementaridades.

A consulta nas quatro bases de dados indicadas retornou 820 artigos/documentos técnicos, destes, dez artigos/documentos

Quadro 1. Estratégia de busca nas bases de dados e número de resultados.

Bases de dados	Estratégia	Nº de artigos
Pubmed	(((((("Health Services"[Mesh:NoExp]) OR "Delivery of Health Care, Integrated"[Mesh:NoExp]) OR "Delivery of Health Care"[Mesh:NoExp]) OR "Health Promotion"[Mesh:NoExp]) OR "Regional Health Planning"[Mesh:NoExp]) OR "Health Systems Plans"[Mesh] AND "Health Care Networks" Filters: From 1990/01/01 to 2017/12/31, Spanish, Portuguese, English.	47
Scopus	(TITLE-ABS-KEY ((("Health Services" OR "Health Care Delivery, Integrated" OR "Health Care Delivery" OR "Health Promotion" OR "National Health Programs" OR "Health Systems Plans" OR "Regional Health Planning")) AND TITLE-ABS-KEY ("Health Care Networks")) AND PUBYEAR > 1989 AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "re") OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "cp") OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "ip")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Portuguese") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish"))	200
Lilacs	("servicos de saude" or "atencao a saude" or "regionalizacao" or "promocao da saude" or "assistencia a saude") [Descritor de assunto] and redes [Palavras] and "1990" or "1991" or "1992" or "1993" or "1994" or "1995" or "1996" or "1997" or "1998" or "1999" or "2000" or "2001" or "2002" or "2003" or "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" or "2010" or "2011" or "2012" or "2013" or "2014" or "2015" or "2016" or "2017" [País, ano de publicação]	549
CINAHL	(MH "Health Services") OR (MH "Health Care Delivery, Integrated") OR (MH "Health Care Delivery") OR (MH "Health Promotion") OR (MH "National Health Programs") AND "Health Care Networks"	24

Fonte: Dados da pesquisa.

Características da rede de atenção à saúde

Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB

atenderam aos critérios de inclusão e compuseram a amostra inicial deste estudo. Posteriormente, com a finalidade de se ampliar as possibilidades de identificação de características presentes no conceito de rede de atenção à saúde, foi realizada uma nova busca nas referências bibliográficas dos artigos/documentos que compuseram a amostra inicial. A busca reversa possibilitou a seleção de nove artigos/documentos a partir dos títulos e, após exclusão de repetições e leitura completa dos artigos/documentos, restaram três que apresentaram o conceito explícito de rede de atenção à saúde. No entanto, o conceito abordado nesses três trabalhos foi o mesmo de artigos/documentos da amostra inicial, o que justificou a não inclusão dos mesmos nessa revisão. Dessa

forma, a amostra final manteve-se em dez artigos/documentos, cujas etapas de seleção do material estão apresentadas no fluxograma, segundo o Modelo Prisma,¹⁵ apresentado na Figura 1.

RESULTADOS

Os países de publicação dos estudos que compuseram a amostra (n=10) foram: Brasil, quatro (40%), Estados Unidos com dois (20%) estudos, Argentina, Canadá, Chile e Reino Unido com um (10%) estudo cada país, apresentados no Quadro 2. Desses estudos, seis (60%) são artigos de revisão, um (10%) estudo de caso e três (30%) são manuais técnicos.

Figura 1. Diagrama de Fluxo Prisma (Adaptado) do processo de seleção dos artigos.

Fonte: Dados da pesquisa.

Características da rede de atenção à saúde

Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB

No Quadro 2 também pode se observar que houve uma regularidade na frequência de publicação por ano dos artigos que compuseram a amostra final do estudo. Dois artigos foram publicados em 2004, dois em 2010 e nos outros anos um artigo por ano.

A partir dos estudos selecionados foi realizada a extração das características chaves apresentadas nos conceitos (Quadro 3), sendo possível a elaboração de um mapa dos resultados pelo

número de estudos que apresentaram as mesmas características chaves (Figura 2). O mapa de resultados é uma representação gráfica, conforme sugerido no método adotado,^{13,14} no qual foram utilizados hexágonos diferenciados por cores e tamanhos (decréscientes da esquerda para a direita) para indicar cada uma das características e o número de estudos em que tais características se fizeram presentes.

Quadro 2. Artigos e documentos técnicos selecionados segundo título, autor, tipo de estudo, tipo de documento, ano de publicação e país de estudo.

	Título	Autores	Tipo de Estudo	Tipo de Documento	Ano	País de Estudo
1	Building legitimacy and the early growth of health networks for the uninsured.	Provan KG, Lamb G, Doyle M. ¹⁶	Revisão	Artigo Científico	2004	Estados Unidos
2	Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”	Hartz ZM, Contandriopoulos AP. ¹⁷	Revisão / Teorização	Artigo Científico	2004	Brasil
3	Organizing the public health-clinical health interface: Theoretical bases	St-Pierre M, Reinharz D, Gauthier JB. ¹⁸	Revisão / Teorização	Artigo Científico	2006	Canadá
4	Understanding power relationships in health care networks	Addicott R, Ferlie E. ¹⁹	Estudo de casos	Artigo Científico	2007	Reino Unido
5	Health care networks.	Mendes EV. ⁵	Revisão / Teorização	Artigo Científico	2010	Brasil
6	Mejora de los cuidados crónicos a través de las Redes Integradas de Servicios de Salud	Barceló A, Luciani S; Agurto I, Ordúñez P, Tasca R, Sued O, Organización Panamericana de la Salud. ²⁰		Documento Técnico	2012	Estados Unidos
7	Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina	Artaza Barrios O, coordinador, Organización Panamericana de la Salud. ²¹		Documento Técnico	2017	Argentina
8	Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate	Kuschnir R, Chorny, AH. ²²	Revisão de Literatura	Artigo Científico	2010	Brasil
9	Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos	Santos L, Andrade LOM. ²³	Revisão de Literatura	Artigo Científico	2011	Brasil
10	Redes de atención GES y no GES	Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de Redes Asistenciales. Departamento de Gestión de Garantías Explícitas en Salud. ²⁴		Documento Técnico	2013	Chile

Fonte: Dados da pesquisa.

Características da rede de atenção à saúde

Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB

Quadro 3. Conceitos de rede de atenção à saúde retirados da amostra, país de origem dos estudos e características-chaves extraídas dos conceitos.

	Conceito de Rede	País de Estudo	Características chaves
1	Rede utilizada para descrever arranjos cooperativos entre fornecedores autônomos que são voluntários e não necessariamente permanentes, mas que podem se tornar cada vez mais formalizados ao longo do tempo e cuja integração de seus serviços se mostra útil e benéfica tanto para as organizações provedoras como para seus pacientes e clientes. ¹⁶	Estados Unidos	Integração Cooperação Formalização
2	Redes assistenciais como organização para se alcançar a integralidade, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. ¹⁷	Brasil	Integralidade Interdependência Racionalidade
3	Rede como fornecimento dos vários serviços de saúde de uma maneira mais integrativa, a fim de melhor atender às crescentes necessidades dos pacientes e do público em geral. ¹⁸	Canadá	Integração Variedade de serviços
4	Interligação entre grupos de profissionais de saúde e organizações de cuidados primários, secundários e terciários que trabalham juntos, de forma coordenada, sem restrições por fronteiras profissionais (e organizacionais) existentes para garantir a prestação equitativa de serviços altamente eficazes e de alta qualidade. ¹⁹	Reino Unido	Interligação Cooperação Coordenação Eficácia Equidade Qualidade
5	As redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. ⁵	Brasil	Cooperação Integralidade Eficiência Território definido Interdependência Coordenação Qualidade Humanização Variedade de serviços Objetivo comum
6	Redes integradas de serviços de saúde são entendidas como um grupo de organizações que fornecem ou providenciam serviços de saúde equitativos e integrados para uma população definida. As RISS são integrais o que significa que prestam serviços que cobrem todos os níveis de prevenção, de maneira coordenada e integrada com todos os níveis e pontos de atenção. ²⁰	América Latina Organização Panamericana de Saúde	Integração Integralidade Território definido Equidade Longitudinalidade
7	Redes Integradas de Serviços de Saúde – RISS – são “[...] um conjunto de organizações que fornecem serviços de saúde de forma coordenada, abrangente e equitativa para uma população definida, dispostos a prestar contas de seus resultados clínicos e financeiros e do estado de saúde da população que serve”. As RISS requerem uma série de atributos essenciais, para assegurar a realização do direito à saúde por meio de ações integrais com e para comunidades e pessoas, garantindo acesso, oportunidade, continuidade de cuidados e atendimento de qualidade. ^{21:22}	Argentina	Eficiência Integralidade Território definido Coordenação Equidade Qualidade Garantia de direito Garantia de acesso Variedade de serviços
8	As redes são o instrumento de garantia do direito, ampliando o acesso e diminuindo desigualdades. ²²	Brasil	Equidade Ampliação do acesso Garantia de direito

Fonte: Dados da pesquisa.

Características da rede de atenção à saúde
Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB

Quadro 3. Continuação...

	Conceito de Rede	País de Estudo	Características chaves
9	Rede de serviços de saúde ou de atenção à saúde é a forma de organização das ações e serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde, em todos os níveis de complexidade, de um determinado território, de modo a permitir a articulação e a interconexão de todos os conhecimentos, saberes, tecnologias, profissionais e organizações ali existentes, para que o cidadão possa acessá-los, de acordo com suas necessidades de saúde, de forma racional, harmônica, sistêmica, regulada e conforme uma lógica técnico-sanitária. ²³	Brasil	Articulação Integralidade Território definido Intersetorialidade Equidade Regulação Racionalidade
10	A Rede de Saúde é uma modalidade organizacional e de gestão, adotada pelos membros vinculados e suas características dominantes são adaptabilidade, a flexibilidade, a abertura, a horizontalidade, a fluidez. Os conceitos que governam um sistema de rede são: linguagem comum, regras determinadas, informações relevantes, coordenação e qualidade. É, portanto, definida como um conjunto de organizações ligadas no processo saúde - doença, que interagem de forma coordenada dentro de um território designado, por meio de vínculos institucionais ou contratuais. O vínculo gerado é horizontal, de relacionamento entre pares, delimitado por acordos normativos que entre eles se estabelecem, fora dos regulamentos burocráticos das respectivas instituições, a que pertencem ou podem pertencer. ²⁴	Chile	Adaptabilidade Flexibilidade Abertura Fluidez Horizontalidade Território definido Cooperação Intersetorialidade Coordenação Qualidade Contratualização

Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 2. Mapa do resultado de acordo com o número de estudos da revisão que apresentaram as mesmas características-chaves.

Fontes: Dados da pesquisa

Características da rede de atenção à saúde

Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB

DISCUSSÃO

Este estudo se propôs a fazer uma análise das características-chaves elencadas no conceito de rede de atenção à saúde, utilizado no contexto da saúde, uma vez que o vocábulo “rede” possui muitos significados, especialmente na língua portuguesa. Ainda assim, embora seja uma expressão com muitos enfoques, todos são baseados em uma imagem comum: a de pontos interligados.²⁵

É importante destacar que a primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1920, e apresentava uma proposta de organização da provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região. A leitura do relatório, ainda hoje, se mostra atual e é preconizada por organizações internacionais de saúde, pois foi adotado como referencial por alguns países que instituíram sistemas universais de saúde.^{2,26}

O relatório Dawson introduziu a ideia da territorialização e formulou os conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção primária, além de considerar os mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes. Muito embora descrevesse a rede como forma de organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade, em sua representação considerou basicamente serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade.²⁶

Cabe aqui diferenciar sistema de saúde e sistema de serviços de saúde. O primeiro é definido como um conjunto coerente de diversos componentes inter-relacionados, seja setorial ou intersetorial, que produzem um efeito na população, cuja configuração é influenciada por seus objetivos e seus valores fundamentais¹. Já o Sistema de Serviços de Saúde pode ser definido como um subsistema unisetorial, responsável pelas ações de saúde propriamente ditas.²⁷

Desse modo, neste artigo, a expressão “sistema de saúde” é empregada para indicar o conjunto de elementos que impactam de forma mais abrangente o estado de saúde, levando em consideração não apenas as ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, mas também ações que considerem outros determinantes sociais da saúde, ou seja, a organização que indica a necessidade de ações intersetoriais para a manutenção da condição de saúde. Por sua vez, a expressão “serviços de saúde” é empregada para se referir à organização que considera ações e serviços restritos ao setor saúde, ou seja, indica uma organização unisetorial.²⁸

Importante também apresentar o significado de intersectorialidade, compreendido neste estudo, como aquele que incorpora a ideia de integração, de território, de equidade, de direitos sociais, transcendendo um único setor social. Deste modo, a construção da intersectorialidade ocorre a partir da articulação de vários setores e envolve distintos atores sociais, tais como: governo, sociedade civil, movimentos sociais, universidades, autoridades locais, setor econômico e mídia, tendo como princípio a reunião de vários saberes e possibilidades de atuação, no sentido de se viabilizar um olhar mais amplo sobre a complexidade do objeto,

possibilitando a análise dos problemas e das necessidades, em um dado território.^{29,30}

A integralidade foi a característica chave que apareceu em 50% dos conceitos da amostra estudada. No SUS, a integralidade da atenção é um de seus princípios e é entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.³¹ Com enfoque na assistência em saúde e em cuidados integrados, em todos os pontos de atenção, aqui compreendidos como cuidados de atenção primária, secundária e terciária, verifica-se que a integralidade pode considerar apenas aspectos do setor saúde e estar associada a uma visão específica do cuidado, compondo o campo da organização na gestão da clínica, o que traz a noção da dimensão de integração vertical.³² De outro modo, pode ser mais abrangente e estar relacionada às dimensões vertical e horizontal, garantindo além do acesso aos diversos pontos da rede, o enfoque na promoção, proteção e recuperação da saúde.³³

As características cooperação, presente em 40% da amostra, integração em 30%, interdependência em 20% e interligação e articulação em 10% complementam o sentido da integralidade, remetendo à interdependência dos atores e organizações das redes de atenção à saúde, diante da constatação de que nenhuma deles dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde, de uma população em seus diversos ciclos de vida.¹⁷

Alguns autores trazem a discussão de rede, no contexto de integração de serviços de saúde pública e saúde clínica, uma vez que no sistema de saúde canadense esses serviços foram em grande parte fornecidos por componentes organizacionais separados que evoluíram de forma autônoma. A saúde clínica centrou-se nos usuários dirigindo as suas atividades às dimensões curativas e reabilitacionais, enquanto a saúde pública direcionou sua atenção para a população como um todo e seus subgrupos, particularmente, os segmentos mais vulneráveis, no interesse da prevenção de doenças e promoção da saúde¹⁸. Outros destacam a rede de atenção à saúde para se referir ao conjunto de prestadores de serviços e profissionais de saúde que juntos podem oferecer prontamente uma variedade de serviços, garantindo cuidado integral por meio de um sistema bem coordenado de encaminhamentos, faturamento e registros.¹⁶

Variedade de serviços foi uma característica constante em 30% da amostra e complementou a compreensão da rede de atenção à saúde como uma estrutura ampla e complexa de serviços, tal como apresentado no documento técnico procedente do Chile, no qual a rede de atenção à saúde é apresentada como organizações ligadas à abordagem do processo saúde-doença, que interagem de forma coordenada dentro de um território designado e que devem estar envolvidas e comprometidas com soluções cooperativas das necessidades das pessoas e comunidades.²⁴ Pode interagir por meio de vínculos institucionais ou contratuais, destacando a natureza horizontal da ligação gerada, uma relação entre pares, delimitada por acordos normativos estabelecidos entre eles.²⁴

Características da rede de atenção à saúde

Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB

Pesquisadores também propõem que a integração dos serviços em rede de atenção à saúde seja organizada por especialidade, nível de atenção, ciclo de vida ou outros critérios, tendo a finalidade de melhorar a eficiência e a racionalidade dos serviços, gerando economia, expansão dos serviços, melhoria do acesso, redução na duplicidade de serviços e a repetição de procedimentos e exames. Esses autores, então, recomendam que a rede de atenção à saúde seja eficiente, racional, econômica e equitativa²³.

Racionalidade e Eficiência foram características observadas em 20% da amostra. A eficiência em saúde se apresenta como a relação entre o custo e o impacto dos serviços sobre a saúde da população, mantido um nível de qualidade determinado. Desse modo, verifica-se a complementação do sentido da eficiência com a inclusão da característica racionalidade na rede de atenção à saúde, uma vez que se relaciona com a otimização no uso dos recursos, por meio da concentração dos serviços menos frequentes (especializados e alta complexidade tecnológica) e disseminação dos serviços mais prevalentes (atenção básica e especialidade de média e baixa complexidade tecnológica). Observa-se, portanto, que tais características contemplam uma organização que vislumbra ganho em escala, contribuindo para a sustentabilidade da rede de atenção à saúde³⁴.

A regulação, registrada em 10% dos conceitos, pode ser compreendida como ferramenta promotora de equidade, acessibilidade e de integralidade, com objetivo de produção de ações diretas e finais de atenção à saúde e está direcionada aos prestadores de serviços de saúde públicos e privados.³³ Embora o termo regulação seja polissêmico, é na área econômica que encontra maior ressonância, como um instrumento de equilíbrio entre oferta e demanda, de modo a oferecer eficiência ao sistema, com geração de resultados positivos³⁵.

Seguindo essa lógica organizativa, a formalização dos vínculos e papéis dos serviços e atores, bem como a contratualização (assinada em 10% dos conceitos), também se apresentaram como características importantes para o estabelecimento e organização da rede de atenção à saúde. Na amostra selecionada, a comunicação e a importância do diálogo foram citadas em apenas um dos trabalhos. E, pouca relevância foi dedicada às tecnologias de informação e comunicação (TIC), como meio de auxiliar o desempenho satisfatório da rede de atenção à saúde. Essa desconsideração às TICs provoca estranheza, uma vez que a sua utilização é estratégica para o exercício da coordenação e regulação da rede de atenção à saúde.

Por sua vez, para outro autor a rede de atenção à saúde é muito mais que um sistema informatizado, normas de referência e contrarreferências e acordos para encaminhamento de pacientes doentes, pois se trata de uma construção permanente de pessoas e organizações articuladas, envolvidas e comprometidas com a solução cooperativa das necessidades das pessoas e comunidades.²¹

Alguns artigos também fizeram apontamentos sobre o papel dos profissionais de saúde na rede de atenção à saúde, a fim de aproximar preocupações e intervenções individuais e

coletivas e imprimir legitimidade à rede de atenção à saúde.^{16,18} Da mesma forma, outros autores destacam a necessidade de os profissionais de saúde compreenderem sua atribuição dentro da rede de atenção à saúde, como parte de um todo que funcionará a contento, se houver atuação integrada, permitindo o fluxo livre entre os seus diferentes pontos, o que se manifesta na força do trabalho em equipe³⁶.

Os elementos que constituem a rede de atenção à saúde são: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.⁵ E destaca que a RAS tem como essencial característica ter sua atenção baseada na população, ou seja, possui habilidade de estabelecer as necessidades de saúde de uma população, sob sua responsabilidade, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a essa população e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências. Diante disso, introduz a importância da definição do território, característica presente em 50% dos conceitos, considerando que a população vive em espaços singulares e se organizam socialmente em famílias, devendo, portanto, serem conhecidas e cadastradas. Ainda com relação à população, enfatiza a importância de ela ser subdividida em subpopulações, de acordo com fatores de riscos e estratificada por riscos em relação às condições de saúde estabelecidas⁵.

A coordenação, pautada em 40% dos conceitos, apresentou-se como relevante característica de uma rede de atenção à saúde. Alguns estudos indicam que a organização dos sistemas de saúde em RAS, coordenadas pela Atenção Primária a Saúde (APS), pode desempenhar um impacto significativo na saúde da comunidade, com custos suportáveis, estando engendrada no arcabouço jurídico e político do SUS.³⁷ Para que a APS seja considerada coordenadora das RAS são necessários investimentos em tecnologias nas unidades de saúde, adequação da infraestrutura física, introdução de sistemas logísticos e de apoio, educação na saúde, dentre outros.³⁸

A intersetorialidade, presente em apenas 20% da amostra, cujo conceito adotado neste estudo foi apresentado anteriormente, constitui-se em uma característica fundamental para demonstrar a abrangência do conceito de rede de atenção à saúde. Os conceitos que registraram de forma clara a intersetorialidade como característica, se mostram mais abrangentes, e convergem para a compreensão de rede de atenção à saúde como estratégia para organização do sistema de saúde. Os conceitos que deixaram de apresentar tal característica se tornaram menos extensivos, limitando-se à unisetorialidade e, portanto, incorporando a concepção de rede de atenção à saúde como uma estratégia para organização de serviços de saúde.

Em síntese, as características que formaram o conceito mais abrangente de rede de atenção à saúde expressaram uma forma de organização que visa garantir direitos, por meio da ampliação do acesso e organização de serviços de saúde intersetoriais, de forma longitudinal e humanizada, em território definido. Essa organização pode ocorrer por meio da formalização de vínculos e processos de trabalho, bem como de sistemas de informação integrados que contribuem para a regulação de

Características da rede de atenção à saúde

Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDP, Ferreira JBB

serviços, coordenação do cuidado, evitando duplicações, podendo alcançar uma maior capacidade resolutive e as várias dimensões da integralidade, a eficiência e a efetividade, resultados obtidos em decorrência de troca, colaboração e interdependência.

Ressalta-se a abundância de estudos a respeito da estruturação e formato da rede de atenção à saúde, uma vez que a busca inicial, nessa revisão, retornou 820 publicações, mas que, em sua maioria, não apresentaram explicitamente a sua conceituação. Nesse universo e mesmo entre a amostra selecionada para este artigo, assinala-se que a gestão da rede de atenção à saúde se coloca como um grande desafio. Destarte, é premente o investimento na governança das RAS, ao se contemplar a abordagem da complexidade relacional e de poder entre os atores das esferas de governo, da comunidade, das organizações e das instâncias de pactuação e de decisão, do campo da saúde. Nessa perspectiva, a rede colaborativa³⁹ se apresenta como um caminho mais efetivo para o alcance dos objetivos dos sistemas de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão de escopo permitiu o acesso ao estado atual do conhecimento sobre as características-chaves elencadas nos conceitos de rede de atenção à saúde, tais como: integralidade, território definido, cooperação, coordenação, equidade, qualidade, integração, variedade de serviços, racionalidade, interdependência, garantia de direito, intersetorialidade, eficiência, eficácia, interligação, humanização, objetivo comum, longitudinalidade, ampliação do acesso, garantia de acesso, articulação, regulação, adaptabilidade, flexibilidade, abertura, fluidez, horizontalidade, formalização por contrato.

A análise das características-chaves assinaladas nos artigos que compuseram a amostra do estudo apontou como principal discrepância, na caracterização da rede de atenção à saúde, uma visão macro, na lógica de organização de sistema de saúde ou, micro, como estratégia para organização de serviços de saúde.

Pôde-se depreender que as distintas características existentes nos conceitos traduziram complementaridade e que a discordância primordial entre elas se consistiu na abrangência, caracterizada pela inclusão da intersetorialidade. Destaca-se, portanto, a ausência de um conceito totalizante de rede de atenção à saúde, capaz de apresentar sua real abrangência e significado, o que pode influenciar sua operacionalização, governança e avaliação de desempenho.

Ressalta-se também a abundância de estudos a respeito da estruturação da rede de atenção à saúde sem a explicitação de seu conceito, o que restringiu o número de estudos incluídos na revisão. Este fato pode ter limitado a identificação de outras características que poderiam estar presentes no conceito de rede de atenção à saúde.

Entende-se que o artigo traz contribuições para a saúde e enfermagem, nos domínios da formação e atuação, ao sistematizar e sumarizar uma gama de conhecimentos acerca das características-chaves especificadas nos conceitos de rede de atenção à saúde. Essa síntese de evidências favorece

a compreensão da abrangência e escopo das ideias relativas à temática, instrumentalizando a prática profissional, na lógica da organização de sistemas de saúde integrados.

AGRADECIMENTOS

A Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo pelas orientações com relação a metodologia do trabalho.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo de revisão. Aquisição, análise de dados e interpretação dos resultados. Redação e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Liliane Cristina Nakata. Aline Fiori dos Santos Feltrin. Janise Braga Barros Ferreira.

Interpretação dos resultados e revisão crítica do manuscrito. Aprovação da versão final do artigo. Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado. Lucieli Dias Pedreschi Chaves.

EDITOR ASSOCIADO

Stela Maris de Mello Padoin

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. The World Health Report 2000: health systems, improving performance. Geneva: WHO; 2000.
2. Organização Mundial de Saúde. Cuidados inovadores para condições crônicas - componentes estruturais para ação. Brasília: OMS; 2003.
3. Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta AZ, Brown A et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*. 2016;388:1545-602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6).
4. Souza MFM, Malta DC, França EB, Barreto ML. Transição da saúde e da doença no Brasil e nas Unidades Federadas durante os 30 anos do Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet*. 2018;23(6):1737-50. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.04822018>.
5. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2297-305. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010005000005>.
6. Coile RC. Governing the integrated delivery network: new models for a post-reform environment. In: Conrad DA. *Integrated delivery systems: creation, management, and governance*. Chicago: Health Administration Press; 1997.
7. Organização Panamericana de Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate [Internet]. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011 [citado 2019 Fev 28]. 113 p. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1366-atencao-a-saude-coordenada-pela-aps-construindo-as-redes-atencao-no-sus-serie-navegadorsus-n-2-6&category_slug=serie-navegadorsus-239&Itemid=965.
8. Campos GW. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde do Brasil. In: Fleury S, organizador. *Democracia, descentralização e desenvolvimento: Brasil & Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2006. p. 417-42.

Características da rede de atenção à saúde

Nakata LC, Feltrin AFS, Chaves LDF, Ferreira JBB

9. Lima LD, Machado CV. Descentralização e regionalização : dinâmica e condicionantes da implantação do Pacto pela Saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(7):1903-14. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000700030>.
10. Portaria nº 4279 de 30 de dezembro de 2010 (BR). Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* [periódico na internet]. Brasília (DF), 31 dez. 2010; Seção 1: 88 [citado 2019 Fev 28]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html
11. Decreto nº 7508 de 28 de junho de 2011 (BR). Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* [periódico na internet]. Brasília (DF), 29 jun. 2011; Seção 2: 1 [citado 2019 Fev 28]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm
12. Matta GC, Morosini MVG. Atenção à saúde. In: Pereira IB, Lima JCF, organizadores. *Dicionário da educação profissional em saúde* [Internet]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ; 2009 [citado 2019 Fev 25]. Disponível em: <http://www.epsv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>
13. Peters MD, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid-Based Healthc*. 2015;13:141-6. <http://dx.doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>.
14. Peters MDJ, Godfrey CM, McInerney P, Soares CB, Khalil H, Parker D. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: methodology for JBI scoping reviews [Internet]. Adelaide, South Australia: The Joanna Briggs Institute; 2015 [citado 2019 Abr 20]. Disponível em: <https://nursing.isuhsc.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
15. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred reporting items for systematic reviews and meta analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med*. 2009;6(7):e1000097. <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
16. Provan KG, Lamb G, Doyle M. Building legitimacy and the early growth of health networks for the uninsured. *Heal Care Manag*. [Internet]. 2004; [citado 2017 Nov 10];29(2):117-28. Disponível em: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0-84877320913&partnerID=tZOtx3y1>
17. Hartz ZM A, Contandriopoulos A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública*. 2004;20(Supl 2):331-6. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2004000800026>.
18. St-Pierre M, Reinharz D, Gauthier JB. Organizing the public health-clinical health interface: theoretical bases. *Med Health Care Philos*. 2006;9(1):97-106. <http://dx.doi.org/10.1007/s11019-005-3602-8>.
19. Addicott R, Ferlie E. Understanding power relationships in health care networks. *J Health Organ Manag*. 2007;21(4-5):393-405. <http://dx.doi.org/10.1108/14777260710778925>.
20. Barceló A, Luciani S, Agurto I, Ordúñez P, Tasca R, Sued O. Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradoras de servicios de salud. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud – OPS; 2012. 34 p.
21. Artaza Barrios O, coordenador. Transformando los servicios de salud hacia redes integradas: elementos esenciales para fortalecer un modelo de atención hacia el acceso universal a servicios de calidad en la Argentina. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud – OPS; 2017. 90 p.
22. Kuschner R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Cien Saude Colet*. 2010;15(5):2307-16. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500006>.
23. Santos L, Andrade LOM. Interfederal health networks: a challenge to SUS in its twentieth year. *Cien Saude Colet*. 2011;16(3):1671-80. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000300002>.
24. Chile. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de Redes Asistenciales. Departamento de Gestión de Garantías Explícitas en Salud. *Redes de atención ges y no ges* [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2013. 122 p. Disponível em: <http://hospitalclinicomagallanes.cl/documentos/ges/REDES-2013.pdf>
25. Tasca R, coordenador. *Redes e regionalização em saúde no Brasil e na Itália: lições aprendidas e contribuições para o debate*. Brasília: Organização Panamericana da Saúde; 2011. 126 p. Série NAVEGADOR SUS - Série técnica para os gestores do SUS sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS, no. 4.
26. Organización Panamericana de La Salud. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines 1920. Washington: Organización Panamericana de La Salud, Organización Mundial de La Salud; 1964. Publicacion Científica; no. 93.
27. Bispo JP Jr, De Messias KLM. Sistemas de serviços de saúde: principais tipologias e suas relações com o sistema de saúde brasileiro. *Rev Saude Com*. 2005; [citado 2019 Fev 28];1(1):79-89. Disponível em: <http://periodicos2.uesb.br/index.php/rsc/article/view/43>.
28. Pineault R. Compreendendo o sistema de saúde para uma melhor gestão. Brasília: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde - CONASS; 2016. 172 p.
29. Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. *Saude Soc*. 1997;6(2):31-46. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12901997000200005>.
30. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transectorialidade e redes sociais na saúde. *Rev Adm Pública*. 2000; [citado 2019 Fev 28];34(6):35-45. Disponível em: <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/viewFile/6346/4931>.
31. Lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990 (BR). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília (DF), 1990.
32. Sala A, Luppi CG, Simões O, Marsiglia RG. Integralidade e Atenção Primária à Saúde: avaliação na perspectiva dos usuários de unidades de saúde do município de São Paulo. *Saude Soc*. 2011;20(4):948-60. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400012>.
33. Carvalho G. A saúde pública no Brasil. *Estud Av*. 2013;27(78):5-26. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40142013000200002>.
34. Viacava F, Ugá MAD, Porto S, Laguardia J, Moreira RS. Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise. *Cien Saude Colet*. 2012;17(4):921-34. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400014>.
35. Vilarins GCM, Shimizu HE, Gutierrez MMU. A regulação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. *Saúde Debate*. 2012 out/dez;36(95):640-7. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-11042012000400016>.
36. Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHA L, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSF. Health care networks under the light of the complexity theory. *Esc Anna Nery - Rev Enferm*. [Internet]. 2015; [citado 2019 Fev 28];19(1):169-73. Disponível em: <http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/1414-8145.20150023>.
37. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JA et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Cien Saude Colet*. 2014;19(2):343-52. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232014192.18032012>.
38. Lavras C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. *Saude Soc*. 2011;20(4):867-74. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902011000400005>.
39. Milagres R, Silva ASG, Rezende O. Governança colaborativa. In: Almeida LL, organizador. *Governança Regional das Redes de Atenção à Saúde*. Brasília: CONASS; 2016. p. 14-48.

APÊNDICES

APÊNDICE I - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Informantes Chave

**Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo
Departamento de Medicina Social**

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Prezado (a) senhor (a),

Estamos convidando você para participar como voluntário (a) de uma pesquisa intitulada “A linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica: aspectos da implantação e perspectivas”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores do Departamento de Medicina Social da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto. Ela tem como objetivo avaliar o processo de implantação da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica em uma Rede Regional de Atenção à Saúde. Sua participação consistirá em responder a uma entrevista que será áudio-gravada e transcrita posteriormente, podendo gastar em média 40 minutos. As informações fornecidas poderão contribuir para a melhoria dos serviços de saúde e na atenção as pessoas com doença renal crônica.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer tipo de ressarcimento de possíveis despesas decorrentes da participação nesta pesquisa. Você será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é tratado (a) pelos pesquisadores.

Os pesquisadores irão tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo, com a garantia de que todas as informações fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa, os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e na mídia e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada a qualquer momento por você. Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, no Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP), e a outra será fornecida a você. As duas vias deste Termo devem ser assinadas e rubricadas em todas as páginas por você e pelas pesquisadoras.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados nesta pesquisa oferece riscos à sua dignidade. Poderá haver algum desconforto devido ao tempo necessário para responder a entrevista. Em caso de eventuais danos decorrentes desta pesquisa, garantimos o direito à indenização por agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, conforme as leis vigentes neste país.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “A linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica: aspectos da implantação e perspectivas” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinada e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2019.

_____ Nome	_____ Assinatura do participante	_____ Data
Liliane Cristina Nakata Nome	_____ Assinatura do pesquisador	_____ Data

Em caso de dúvidas a respeito dos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP pelos telefones (16) 3602-0000 ou (16) 3602-0029.

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – *Experts*

Prezado (a) senhor (a),

Estamos convidando você para participar como voluntário (a) de uma pesquisa intitulada “A linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica: aspectos da implantação e perspectivas”. Esta pesquisa está sendo realizada por uma equipe de pesquisadores do Departamento de Medicina Social da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto. Ela tem como objetivo avaliar o processo de implantação da linha de cuidado da pessoa com doença renal crônica em uma Rede Regional de Atenção à Saúde. Sua participação consistirá em responder a um questionário curto e elaborar indicadores para uma matriz de avaliação da Linha de Cuidado do Paciente Portador de Doença Renal Crônica, a partir da atenção básica. Para essa etapa você receberá por email um documento em word com modelos de indicadores e indicará outros que julgar importantes para os pontos da linha de cuidado a serem avaliados. Posteriormente, receberá a matriz completa, com as contribuições de todos os demais participantes para julgar os indicadores elaborados, com a finalidade de ao final, chegarmos ao consenso do grupo, dos indicadores que irão compor a matriz de indicadores para avaliação da Linha de Cuidado do paciente portador de DRC.

As informações fornecidas poderão contribuir para a melhoria dos serviços de saúde e na atenção as pessoas com doença renal crônica.

Você será esclarecido sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é tratado (a) pelos pesquisadores.

Os pesquisadores irão tratar sua identidade com padrões profissionais de sigilo, com a garantia de que todas as informações fornecidas serão utilizadas apenas na construção da pesquisa, os resultados poderão ser apresentados em eventos científicos e na mídia e ficará sob a guarda dos pesquisadores, podendo ser requisitada a qualquer momento por você.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados nesta pesquisa oferece riscos à sua dignidade. Poderá haver algum desconforto devido ao tempo necessário para elaboração e avaliação de indicadores, que ocorrerá em mais de uma etapa. Em caso de eventuais danos decorrentes desta pesquisa, garantimos o direito à indenização por agravo imediato ou posterior, direto ou indireto, conforme as leis vigentes neste país.

Li e estou de acordo em participar da pesquisa

() Sim

() Não

Caracterização dos participantes

Nome:

Função:

A quanto tempo está nessa função?

Qual a região de apoio/atuação?

Data de Nascimento:

Formação:

Pós Graduação:

() Especialização

() Mestrado

() Doutorado

() Outros: _____

APÊNDICE III – Comproverantes da Apresentação do Modelo Lógico no 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde

CERTIFICADO

Para validar, acesse <http://www.abrascoeventos.org.br/validacao/?cod=4537816>

**8º CONGRESSO BRASILEIRO DE
CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE**
IGUALDADE NAS DIFERENÇAS
ENFRENTAMENTOS NA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO BEM-VIVER E O SUS
26 A 30 DE SETEMBRO DE 2019 - João Pessoa - PB

Certificamos que o trabalho

MODELO LÓGICO DE UMA LINHA DE CUIDADO: A VALORIZAÇÃO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA

dos autores: LILIANE CRISTINA NAKATA; JANISE BRAGA BARROS FERREIRA, foi aprovado na modalidade Exposição Oral, no 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde ocorrido de 26 a 30 de setembro de 2019 na Universidade Federal da Paraíba em João Pessoa/PB.

João Pessoa, 30 de setembro de 2019

João Pessoa, 30 de setembro de 2019

Guilherme Azevedo e Silva
Guilherme Azevedo e Silva
Presidente da Abrasco

Martinho Braga Batista e Silva
Martinho Braga Batista e Silva
Presidente do Congresso

Organização

Apoio

CERTIFICADO

Para validar, acesse <http://www.abrascoeventos.org.br/validacao/?cod=4537816>

**8º CONGRESSO BRASILEIRO DE
CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE**
IGUALDADE NAS DIFERENÇAS
ENFRENTAMENTOS NA CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO BEM-VIVER E O SUS
26 A 30 DE SETEMBRO DE 2019 - João Pessoa - PB

Certificamos que o trabalho

MODELO LÓGICO DE UMA LINHA DE CUIDADO: A VALORIZAÇÃO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA

dos autores: LILIANE CRISTINA NAKATA; JANISE BRAGA BARROS FERREIRA, foi apresentado na modalidade Exposição Oral, no 8º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde ocorrido de 26 a 30 de setembro de 2019 na Universidade Federal da Paraíba em João Pessoa/PB.

João Pessoa, 30 de setembro de 2019

João Pessoa, 30 de setembro de 2019

Guilherme Azevedo e Silva
Guilherme Azevedo e Silva
Presidente da Abrasco

Martinho Braga Batista e Silva
Martinho Braga Batista e Silva
Presidente do Congresso

Organização

Apoio

Liliane Cristina Nakata; Janise Braga Barros Ferreira. MODELO LÓGICO DE UMA LINHA DE CUIDADO: A VALORIZAÇÃO DO PROCESSO DE CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA. In: ANAIS DO 8º CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE, 2019, João Pessoa. Anais eletrônicos... Campinas, Galoá, 2019. Disponível em: <<https://proceedings.science/8o-cbcsht/papers/modelo-logico-de-uma-linha-de-cuidado--a-valorizacao-do-processo-de-construcao-compartilhada>> Acesso em: 11 jan. 2021.

Introdução: O modelo lógico (ML) é uma forma sistemática e visual de mostrar as relações entre os elementos que compõem um programa de forma articulada aos resultados esperados. O processo de formulação do ML contribui para a: definição clara e plausível dos objetivos e resultados esperados; a identificação de indicadores relevantes de desempenho; e o comprometimento dos gestores do programa com o que está proposto no ML. Nesse sentido o ML traduz-se em um organizador para desenhar a avaliação e as medidas de desempenho e, minimiza o risco de divergências quanto à avaliação, à interpretação dos resultados e às recomendações de mudanças no programa avaliado. O ideal é a construção do modelo lógico antes da implantação de um programa, de forma que esse processo seja participativo, envolvendo os principais atores e interessados na proposta. No entanto, mesmo quando isso não ocorre previamente, pode-se fazer em momento posterior e antes de se realizar uma avaliação. **Objetivos:** Relatar o processo de construção e validação do modelo lógico da Linha de Cuidado do Paciente Portador de Doença Renal Crônica (DRC) em uma Região de Saúde. **Metodologia:** Construção e validação de um modelo lógico, realizado como parte de um projeto de pesquisa de avaliação da implantação da Linha de Cuidado do Portador de Doença Renal Crônica em uma região de saúde. **Resultados e Discussão:** A Linha de Cuidado do paciente portador de DRC na região em estudo foi elaborada em 2015 e, juntamente com outros documentos como portarias e diretrizes clínicas foi analisada pela autora que elaborou o ML, organizando em 3 dimensões (Atenção Básica, Atenção Especializada e Alta Complexidade Hospitalar). Para cada uma dessas dimensões foram identificados os insumos/recursos, ações/atividades, produtos, resultados intermediários, impactos/resultado final. Essa elaboração exigiu grande atenção e extração de informações dos documentos disponíveis. A organização por dimensões em componentes da rede de atenção foi realizada de acordo com normativa ministerial que apresenta as atribuições dos pontos de atenção dos componentes da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Doenças Crônicas. Após essa etapa foi iniciada a validação do modelo lógico por meio de entrevista com atores (steakholders) envolvidos na elaboração da linha de cuidado da região, representantes de municípios, diretoria regional de saúde e secretaria estadual de saúde, bem como com profissionais especialistas na área de DRC. Para validação do ML foram realizadas entrevistas semiestruturadas com um roteiro proposto por McLaughlin e Jordan (1999) e ainda, questões adicionais com a finalidade de se identificar o contexto em que ocorreu a elaboração e implantação da linha de cuidado. Os participantes do estudo se anteciparam em apresentar suas impressões com relação às dimensões que “funcionam”, ou seja, que estão implantadas ou não em relação às ações previstas para a linha de cuidado. A participação dos atores se mostrou muito importante para a adequação do modelo lógico a características que não estavam claras (explícitas) nos documentos analisados e cuja experiência e conhecimento, contribuiu de forma significativa para a validação do

modelo e posterior construção da matriz de relevância. Considerações Finais: Desde a publicação das diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, as regiões de saúde se organizaram no sentido de elaborar, estruturar e implementar as RAS, a começar pela organização das Linhas de Cuidado. No entanto, verifica-se que existe uma distância entre elaborar e aprovar documentos e as ações acontecerem de fato, situação que desanima os atores envolvidos e prejudica o desempenho dos serviços de saúde, impactando negativamente na saúde da população. A construção do modelo lógico de forma participativa, com os atores envolvidos nas diferentes etapas do processo, aproxima a teoria e regulamentações com a prática e operacionalização das diferentes ações. Essa etapa é de grande importância para elaboração de uma avaliação, que no projeto em questão trata-se de avaliação de implantação, que tem por objeto as relações entre a intervenção, seus componentes e o contexto em comparação com a produção dos efeitos. Nesse sentido, o ML de um programa permite definir o que deve ser medido e qual a parcela de contribuição do programa nos resultados observados, sendo que, esta é uma atividade carregada de valor que precisa incorporar tanto os saberes científicos como os saberes práticos dos grupos implicados na avaliação (stakeholders). Referências: CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. Como Elaborar Modelo Lógico: roteiro para formular programas e organizar a avaliação. In: Nota Técnica nº 6, Instituto de Pesquisa Econômica e Aplicada, IPEA, Brasília, 2010, 35p. MACLAUGHLIN, JA; JORDAN, GB. Logic Models: A Tool for Telling Your Program's Performance Story. Evaluation and Program Planning, v.22, n. 1, p. 1-14, 1999.

APENDICE IV – Manual de Aplicação da Avaliação de Implantação da Linha de Cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica

Manual de aplicação do Instrumento de Avaliação de Implantação da Linha de Cuidado (LC) da Pessoa Portadora de Doença Renal Crônica (DRC), no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS).

Ribeirão Preto

2021

LISTA DE SIGLAS

DRC – Doença Renal Crônica

RAS – Redes de Atenção à Saúde

APS – Atenção Primária a Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

LC – Linha de Cuidado

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EAP – Equipe de Atenção Primária

DCNT – Doenças Crônicas não Transmissíveis

US – Ultrassom

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HA – Hipertensão Arterial

DM – Diabetes Mellitus

PEC – Prontuário Eletrônico do Cidadão

ACS – Agente Comunitário de Saúde

EPS – Educação Permanente em Saúde

SISAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

MS – Ministério da Saúde

CID – Código Internacional de Doenças

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SP – São Paulo

Sumário

1) Avaliação em Saúde	3
2) Doença Renal Crônica	3
3) Elaboração do Modelo Lógico da Linha de Cuidado da Pessoa Portadora de Doença Renal Crônica e da Matriz de Monitoramento e Avaliação	4
4) Matriz de Avaliação da Implantação da Linha de Cuidado da pessoa com DRC na APS.....	6
5) Descrição dos indicadores que compõem a matriz de avaliação.	11
REFERÊNCIAS	23

1) Avaliação em Saúde

Avaliar significa formar opinião e emitir juízo de valor sobre determinado assunto. Esses julgamentos podem ser resultados da aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou ser elaborados com base em procedimento científico (pesquisa avaliativa). A avaliação pode ser externa, se conduzida por uma equipe que não faz parte da organização; ou interna, se realizada pela própria organização (Hartz et al., 2008).

A avaliação, portanto, constitui um instrumento essencial de apoio à gestão pela sua capacidade de melhorar a qualidade da tomada de decisão. A tomada de decisão é uma responsabilidade e uma competência formal do gestor que, além das informações obtidas no processo avaliativo, utiliza o conhecimento pessoal que possui (referências técnicas, políticas, institucionais, sociais, culturais entre outras) ou a percepção que tem do problema, forma uma convicção e toma uma decisão, mobilizando recursos necessários (Tanaka; Tamaki, 2012).

2) Doença Renal Crônica

A Doença Renal Crônica (DRC) tem sido reconhecida como um dos principais problemas de saúde pública em todo o mundo, com prevalência global estimada em 13,4%. O aumento mundial desta doença é impulsionado, principalmente, pelo acréscimo da prevalência de diabetes mellitus, hipertensão arterial, obesidade e envelhecimento (Ly; Zang, 2019). As estratégias de prevenção para conter o aumento dos casos de DRC devem envolver a educação da população sobre como prevenir a doença renal; identificar aqueles usuários com risco de desenvolver DRC; aumentar a conscientização do público em geral, formuladores de políticas e profissionais de saúde; modificar o estilo de vida de indivíduos suscetíveis; detectar em tempo oportuno o estágio inicial de DRC; interromper ou dificultar a progressão da doença; e a criação de instalações para assistência global (Ayodele; Alebiosu, 2010).

Com o objetivo de superar a fragmentação das ações e serviços de saúde e qualificar a gestão do cuidado, em 2010, foram publicadas as diretrizes para organização

das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no SUS, com a proposta de inovar o processo de organização do sistema de saúde para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde da população. A organização das RAS tendo a Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado e ordenadora da rede, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação do sistema, com eficácia tanto em termos de organização interna quanto em sua capacidade de superar os atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário (Brasil, 2010)

Em 2014, foram publicadas as Diretrizes Clínicas para o Cuidado ao Paciente com DRC no SUS e os critérios para a organização da Linha de Cuidado da Pessoa com DRC, que está contida na Rede de Atenção das Pessoas com Doenças Crônicas (Brasil, 2014 a,b).

3) Elaboração do Modelo Lógico da Linha de Cuidado da Pessoa Portadora de Doença Renal Crônica e da Matriz de Monitoramento e Avaliação

Desde a publicação da Portaria da Rede da Pessoa Portadora de Doença Crônica, as regiões de saúde (RS) iniciaram um movimento no sentido de discutir e organizar as linhas de cuidados das pessoas com Doenças Crônicas, dentre elas, a LC da Pessoa com DRC.

Como parte de um projeto de doutorado, foi elaborado e validado o Modelo Lógico da Linha de Cuidado da Pessoa com DRC (Figura 1), com o objetivo de facilitar a visualização da organização da LC e ser um instrumento vivo, no sentido de poder sofrer alterações e atualizações de acordo com as realidades de cada RS do estado de São Paulo.

A partir desse ML, por um processo que envolveu alguns articuladores da Atenção Básica do estado de São Paulo e da Coordenação Estadual da Atenção Básica da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, foi construído um instrumento de Avaliação da Implantação da LC dos Portadores de DRC.

Nesse sentido, o presente manual foi elaborado com a finalidade de explicitar os indicadores que compõem a Matriz de Julgamento, as suas fontes de dados e modo de cálculo do percentual de implantação por componente.

Figura 1. Modelo Lógico da Linha de Cuidado do Paciente Portador da Doença Renal Crônica.

Fonte: Elaborado pelas autoras.

4) Matriz de Avaliação da Implantação da Linha de Cuidado da pessoa com DRC na APS

A Matriz de julgamento da Avaliação de Implantação da LC da pessoa com DRC na APS, está subdividida em componentes: Estrutura, Processo e Resultado. Tem-se por estrutura os componentes que dão base à assistência em saúde, que estruturam o cuidado na sua dimensão mais formal, como por exemplo, a disponibilidade de recursos humanos (quantidade de profissionais, qualificação entre outros), materiais (tais como instalações, insumos, equipamentos), existência de fluxos e protocolos, sistemas de informação, entre outros. O componente processo, apresenta as atividades e ações realizadas pelos profissionais a partir da estrutura disponível, ou seja, trata-se de processos de trabalho voltados ao cuidado. Enfim, o resultado refere-se aos produtos, efeitos e consequências esperados a partir das ações e atividades realizadas no cuidado.

O componente estrutura é composto por **16 indicadores** que visam avaliar a disponibilidade de recursos humanos e materiais. O componente processo visa identificar as ações realizadas no âmbito da LC do DRC e outras ações transversais que impactam na LC da DRC e é composto por **17 indicadores**. O componente resultado é composto por **10 indicadores** de impacto e resultado e visam identificar o impacto da realização ou não realização de ações no âmbito da LC da DRC.

Os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Se gerados de forma regular e manejados em um sistema dinâmico, os indicadores de saúde são instrumentos valiosos para a gestão e avaliação da situação de saúde, em todos os níveis (REDE, 2008).

Segundo Januzzi (2017) a construção de um indicador não se trata de um processo linear, mas de um caminho de tentativas e erros, um processo de aprimoramento contínuo, em que várias medidas vão sendo propostas em meio ao refinamento do conceito original, que vai deixando suas imprecisões e ambiguidades, em direção a um constructo mais preciso, delimitado e específico.

Assim, o presente instrumento não pretende ser fixo, mas o início de um processo de construção e aperfeiçoamento, na busca da institucionalização do monitoramento e avaliação nos serviços de saúde, a partir de uma construção coletiva e participativa, de

profissionais de saúde, gestores e demais interessados na avaliação e na melhoria dos serviços e resultados em saúde.

Para o preenchimento da matriz é necessário realizar o cálculo do indicador e preencher na coluna “parâmetro alcançado/ valor observado”. A partir deste valor, deverá ser observado a pontuação a ser atribuída (coluna descrição do valor ou ponto de corte) e esta será anotada na coluna “pontuação alcançada”. Os valores da coluna pontuação alcançada, devem ser somados e anotados ao final. A partir desse valor já será possível calcular o percentual de implantação de cada componente, que deverá ser transferido para o Quadro 4, para o cálculo geral da implantação da LC, na APS.

Quadro 1. Matriz de julgamento do componente estrutura

INDICADOR	CÁLCULO DO INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DADOS / VERIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR OU DO PONTO DE CORTE	PARÂMETRO ALCANÇADO / VALOR OBSERVADO	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	PONTUAÇÃO ESPERADA
1. Percentual de Cobertura populacional por equipes de atenção primária e/ou equipes de saúde da família	$(N^{\circ} \text{ de ESF} \times 4000) + (N^{\circ} \text{ EAP } 20h \times 2000) + (N^{\circ} \text{ EAP } 30h \times 3000) / \text{população total} \times 100$	80 – 100%	CNES e IBGE e-Gestor	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0			3
2. Número de exames laboratoriais para rastreamento de Doenças Crônicas não transmissíveis - DCNT (HAS, DM, DRC e outras)	Total de cotas de exames de bioquímica disponível ano/total da população acima de 18 anos	> 8	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 8 exames = 3 Entre 6 e 8 exames = 2 Entre 4 e 6 exames = 1 Abaixo de 4 exames = 0			3
3. Número de exame de imagem (US) para rastreamento de DRC	Total de cotas de US de rins e vias urinárias/população acima de 20 anos x 100	10%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	$\geq 10\% = 3$ $\geq 5\% \text{ e } < 10\% = 2$ $< 5\% = 0$			3
4. Número de vagas para atendimento ambulatorial na especialidade de nefrologia	Número de vagas para consulta médica na especialidade de nefrologia/população adulta acima de 20 anos x 100	2%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 2% = 3 Abaixo de 2% = 0			3
5. Percentual de carga horária mensal para reuniões e Educação Permanente em Saúde (EPS)	Número de horas destinadas às atividades de EPS mês/ Carga horária de trabalho mensal x100	8 – 10%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	8 a 10% = 3 6 a 8% = 2 4 a 8% = 1 Abaixo de 4% = 0			3
6. Percentual de unidades com Prontuário eletrônico do cidadão (PEC)	Número de unidades com PEC implantado e em uso/ Número total de unidades x100	80- 100%	E-Gestor (Sisab)	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0			3
7. Implantação do fluxograma na APS para avaliação de pacientes com risco de DRC	Número de equipes que utilizam o fluxograma/número total de equipes x 100	100%	Base de dados municipais (IN LOCO)	100% = 3 Entre 80 e 100% = 2 Entre 60 e 80% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
8. Disponibilidade de equipe multidisciplinar	Nº de profissionais nas diversas categorias cadastrados/número total de profissionais de nível superior x100	30%	CNES	Acima de 30% = 3 Entre 15 e 30% = 2 Abaixo de 15% = 0			3
9. Garantia de insumos para controle dos pacientes HAS e DM	Nº de medicamentos distribuídos para HAS e DM/nº total de medicamentos para HA e DIA adquiridos no período x 100	80-100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0			3
10. Fluxos de referência e contra-referência	Nº de pacientes encaminhados para especialidade de nefrologia/nº de pacientes atendidos pela referência x 100	100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	100% = 3 Entre 80 e 100% = 2 Entre 60 e 80% = 1 Abaixo de 60% = 0			3

11. Oferta de cuidados nas UBSs	Temas e/ou grupos abordados/realizados na UBS ao menos 2 vezes ao ano () Tabagismo () Orientação Alimentar () Caminhada () Hipertensos () Diabéticos	Acima de 3 tipos de grupos diferentes	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 3 = 3 De 2 a 3 = 2 Abaixo de 1 a 2 = 1 Abaixo de 1 = 0		3
12. Ações de promoção e prevenção à saúde (atividade física)	Número de academia de saúde implantada e em funcionamento/ número de unidades de saúde x100	80-90%	CNES	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0		3
13. Capacitação das equipes de APS sobre Diretrizes Clínicas da DRC	Número de equipes de APS capacitadas/ Total de Equipes de APS x 100	50-70%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 50% = 3 Entre 30 e 50% = 2 Entre 10 e 30% = 1 Abaixo de 10% = 0		3
14. Cobertura populacional estimada de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	(Nº de ACS x 575)/Estimativa Populacional x 100	80-100%	E-Gestor AB	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0		3
15. Disponibilidade de consultas médicas e não médicas junto às unidades básicas de saúde	Nº de consultas médicas e não médicas para pacientes DRC / nº de consultas planejadas (4 consultas x 1,4% da população acima de 18 anos) x 100	80-100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 40% = 0		3
16. Disponibilidade de equipes capacitadas para atendimento, acompanhamento e tratamento ao tabagismo	Nº de equipes capacitadas para cuidado ao tabagismo/número de equipes de saúde x 100	70% - 100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 70% = 3 Entre 50 e 70% = 2 Entre 30 e 50% = 1 Abaixo de 30% = 0		3
TOTAL COMPONENTE ESTRUTURA						48
CÁLCULO COMPONENTE = $\frac{\sum \text{Pontuação alcançada componente estrutura}}{\sum \text{Pontuação esperada componente estrutura}} \times 100$						
Análise do Componente Estrutura						
Intervalo De 66,6% a 100% De 33,33% a 66,6% De 1% a 33,33%			Julgamento Implantação Satisfatória Implantação Parcial Implantação Incipiente			
Total de indicadores: 16 Fonte de verificação: 11 indicadores in loco e 5 indicadores em sistemas públicos de informação						

Quadro 2. Matriz de julgamento do Componente Processo

INDICADOR	CÁLCULO DO INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DADOS / VERIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR OU DO PONTO DE CORTE	PARÂMETRO ALCANÇADO / VALOR OBSERVADO	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	PONTUAÇÃO ESPERADA
17. Percentual da população cadastrada na equipe de Saúde da Família (ESF) e equipe de Atenção Primária (EAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) ¹	Nº de cadastros de usuários processados e validados no SISAB no quadrimestre/ quantitativo de pessoas a serem cadastradas pela Equipe OU Unidade OU município segundo parâmetros estabelecidos pelo MS x 100	70%	E-gestor AB	Acima de 70% = 3 Entre 50 e 70% = 2 Entre 30 e 50% = 1 Abaixo de 30% = 0			3
18. Percentual de Pacientes com DRC com calendário vacinal em dia	Número de usuário com DRC com vacinação em dia/ Número de usuários com DRC cadastrados x 100	100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	100% = 3 Entre 80 e 100% = 2 Entre 60 e 80% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
19. Percentual de pacientes identificados com DRC ao ano na APS	Número de pacientes diagnosticados com DRC nas Unidades Básicas de Saúde no ano/ População total da cadastrada (18 anos +) x 100	1 – 2%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 1% = 3 Abaixo de 1% = 0			3
20. Percentual de Pacientes com DRC Acompanhados na APS	Número de pacientes com DRC acompanhados na unidade/ 1,4%* da População total acima	90 – 100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 90% = 3 Entre 70 e 90% = 2 Entre 50 e 70% = 1 Abaixo de 50% = 0			3

	de 18 anos cadastrada na unidade x 100					
21. Percentual de pacientes com HAS cadastrados na APS	Número de pacientes com diagnóstico de HA cadastrados na APS/População adulta do município (18 anos e +) x 100	15 – 25%	E-gestor AB Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 15% = 3 Entre 10 e 15% = 2 Abaixo de 10% = 0		3
22. Percentual de usuários com estratificação de risco cardiovascular	Número de usuários com estratificação de risco cardiovascular realizada/ Número de usuários com doenças cardiovasculares cadastrados x 100	70% - 100%	E-gestor AB Base de dados Municipais (IN LOCO)	Acima de 70% = 3 Entre 50 e 70% = 2 Entre 30 e 50% = 1 Abaixo de 30% = 0		3
23. Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida na APS em cada semestre	Nº hipertensos com PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses/(Parâmetro de Cadastro x % hipertensos PNS OU Nº hipertensos identificados) ³ x 100	90%	E-Gestor – AB Indicador de desempenho o programa previne Brasil	Acima de 90% = 3 Entre 70 e 90% = 2 Entre 50 e 70% = 1 Abaixo de 50% = 0		3
24. Percentual de pacientes com DM Cadastrados na APS	Número de pacientes com DM cadastrados na APS/população adulta do município (18 anos +) x 100	5 - 7%	E-Gestor Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 5% = 3 Entre 2 e 5% = 2 Abaixo de 2% = 0		3
25. Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada	Nº diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses/(Parâmetro de Cadastro x % diabéticos PNS OU Nº diabéticos identificados) ³ x 100	90%	E-gestor – Indicador de desempenho o programa previne Brasil	Igual ou acima de 90% = 3 Entre 70 e 90% = 2 Entre 50 e 70% = 1 Abaixo de 50% = 0		3
26. Percentual de pacientes com obesidade acompanhados na APS.	Número de pessoas com excesso de peso identificado por avaliação antropométrica, em determinado local e período / Número de pessoas com avaliação antropométrica no mesmo local e período x 100 *IMC acima de 25kg/m ² (CAB 38)	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0		3
27. Percentual de tabagistas acompanhados na APS	Número de tabagistas acompanhados na APS/ 15% da população acima de 18 anos cadastrada na APS X100 *PNS 2013 – população 18anos +, 15% fazem uso do tabaco	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0		3
28. Percentual de Atividades educativas para profissionais sobre DRC	Número de Atividades educativas com profissionais (EPS) sobre fatores de risco e DRC/ total de atividades de EPS x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0		3
29. Percentual de atividades coletivas voltadas para o auto cuidado apoiado	Número de atividades coletivas sobre fatores de risco e DRC/número total de atividades coletivas x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0		3
30. Ações educativas realizadas quanto a alimentação pobre em sal, açúcares e gordura	Número de ações realizadas por grupos	01 ação bimestral por grupo	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Maior ou igual a 1 ação/grupo = 3 Menor que 1 = 0		3
31. Percentual de usuários com DRC que participam das Atividades Coletivas	Nº de usuários com DRC que participam de Atividades Coletivas / Total de usuários com DRC cadastrados x 100	70%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 70% = 3 Entre 50 e 70% = 2 Entre 30 e 50% = 1 Abaixo de 50% = 0		3
32. Percentual de portadores de DRC com Auto Cuidado Apoiado	Nº de DRC com auto cuidado apoiado/ Total de usuários com DRC cadastrados x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0		3
33. Disponibilidade de medicamentos e insumos para pacientes	Número de pacientes com DRC (estágios II a V) atendidos pela Assistência Farmacêutica / 1,4% da população acima de 20 anos x 100	80 – 100%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0		3
TOTAL COMPONENTE PROCESSO						51
CÁLCULO COMPONENTE = $\frac{\sum \text{Pontuação alcançada componente processo}}{\sum \text{Pontuação esperada componente processo}} \times 100$						

Análise do Componente Processo	
Intervalo De 66,6% a 100% De 33,33% a 66,6% De 1% a 33,33%	Julgamento Implantação Satisfatória Implantação Parcial Implantação Incipiente
Total de indicadores: 17 Fonte de verificação: 14 indicadores in loco e 3 indicadores em sistemas públicos de informação	

Quadro 3. Matriz de julgamento do Componente Resultado

INDICADOR	CÁLCULO DO INDICADOR	PARÂMETRO	FONTE DADOS / VERIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO DO VALOR OU DO PONTO DE CORTE	PARÂMETRO ALCANÇADO / VALOR OBSERVADO	PONTUAÇÃO ALCANÇADA	PONTUAÇÃO ESPERADA
34. Percentual de pacientes com HAS controlados	Número de pacientes com HAS com quadro estável/ número total de pacientes com diagnóstico de HAS x 100	≥80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
35. Percentual de pacientes com DM controlados	Número de pacientes com DM com quadro estável/ número total de pacientes com diagnóstico de DM x 100	≥80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
36. Percentual de usuários diagnosticados nos estágios iniciais de DRC	Número de pacientes diagnosticados com DRC precocemente (ESTAGIO 1 E 2) nas Unidades Básicas de Saúde/ Número total de usuários com DRC x 100	40 – 50%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 40% = 3 Entre 20 e 40% = 2 Entre 10 e 20% = 1 Abaixo de 10% = 0			3
37. Percentual de usuários com DRC com risco estratificado	Número de pacientes com DRC com risco estratificado/ Número total de usuários com DRC x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
38. Percentual de Morbidade por DRC	% de internação por causas renais no ano vigente/ % de internação por causas renais no ano anterior x 100	< 80%	SIH DATASUS	< 80% = 3 > 80% = 0			3
39. Taxa de Mortalidade anual por DRC	Nº de óbitos por DRC / população acima de 20 anos x 100	< 1%	Tabnet/Data SUS / SIM	< 1% = 3 > 1% = 0			3
40. Redução no número de usuários tabagistas	Nº usuários que deixaram de fumar/ número de usuários tabagistas cadastrados x 100	80%	Base de dados Municipais (IN LOCO)	Igual ou acima de 80% = 3 Entre 60 e 80% = 2 Entre 40 e 60% = 1 Abaixo de 60% = 0			3
41. Taxa de Prevalência de pacientes em diálise	N.º de pacientes submetidos a tratamento de diálise renal no SUS (DPAC, DPA, DPI, Hemodiálise, Hemodiálise AIDS), por 100 mil habitantes na população residente.	<52	Matriz de indicadores da SES/SP	< 52 / 100 mil habitantes = 3 > 52/100 mil habitantes = 0			3
42. Internação por CSAB	% de internações por causas sensíveis à atenção básica no total de internações	< 15%	Matriz de indicadores da SES/SP	< 15% = 3 Entre 15 e 20% = 2 > 20% = 0			3
43. Percentual óbitos prematuros por DCNT (30 a 69 anos)	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14 – em determinado ano e local X 100.000 / População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.	< 17%	Tabnet/Data SUS / SIM	< 17% = 3 Entre 17 e 20% = 2 > de 20% = 0			3
TOTAL COMPONENTE RESULTADO							30
CÁLCULO COMPONENTE = $\frac{\sum \text{Pontuação alcançada componente resultado}}{\sum \text{Pontuação esperada componente resultado}} \times 100$							

Análise do Componente Resultado	
Intervalo De 66,6% a 100% De 33,33% a 66,6% De 1% a 33,33%	Julgamento Implantação Satisfatória Implantação Parcial Implantação Incipiente
Total de indicadores: 10 Fonte de verificação: 5 indicadores in loco e 5 indicadores em sistemas públicos de informação	

Quadro 4. Análise geral da implantação da dimensão Atenção Primária à Saúde nos 3 componentes

COMPONENTE	NÚMERO DE INDICADORES	PONTUAÇÃO OBTIDA	PONTUAÇÃO ESPERADA	% DE IMPLANTAÇÃO	JULGAMENTO
Estrutura	16		48	X%	
Processo	17		54	Y%	
Resultado	10		33	Z%	
TOTAL	43		135	$Média = \frac{X + Y + Z}{3}$	

5) Descrição dos indicadores que compõem a matriz de avaliação.

Os indicadores podem ser identificados para um município, para uma região de saúde ou para o estado todo. Alguns podem ser retirados diretamente dos sistemas de informação em saúde e outros precisam ser coletados diretamente junto aos municípios.

As fichas dos indicadores abaixo apresentadas objetivam esclarecer a fonte de dados e a forma de coleta de informações para que o resultado seja o mais fidedigno possível e que possibilite comparação de informações entre municípios e regiões de saúde.

Os Parâmetros foram definidos com base em portaria e documentos técnicos do SUS e a partir da análise de série histórica e validados pelos profissionais que elaboraram e selecionaram os indicadores da matriz de avaliação.

Indicador 1

Título:	Percentual de Cobertura populacional por equipes de atenção primária e/ou equipes de saúde da família
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{(N^{\circ} \text{ de ESF} \times 4000) + (N^{\circ} \text{ EAP 20h} \times 2000) + (N^{\circ} \text{ EAP 30h} \times 3000)}{\text{População total}} \times 100$
Fonte	CNES ou E-Gestor para nº de ESF e nº EAP IBGE para população
Parâmetro	80 – 100%
Objetivo	Identificar se o município possui equipes de Atenção Básica em número suficiente para acompanhar a população do município.
Observações	<p>*De acordo com a Portaria GM MS nº 2979/19, o potencial de cadastro por equipes é diferente dependendo da tipologia IBGE do Município, ou seja:</p> <p>Urbano: ESF x 4000 EAP 20h x 2.000 EAP 30h x 3.000</p> <p>Intermediário Adjacente ou Rural Adjacente: ESF x 2.750 EAP 20h x 1.375 EAP 30h x 2.063</p> <p>Intermediário Remoto ou Rural Remoto: ESF x 2.000 EAP 20h x 1.000 EAP 30h x 1.500</p>

Indicador 2	
Título:	Número de exames laboratoriais para rastreamento de Doenças Crônicas não transmissíveis - DCNT (HAS, DM, DRC e outras)
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Total de cotas de exames de bioquímica disponível ano}}{\text{total da população acima de 18 anos}}$
Fonte	Base de dados do município Para população acima 18 anos IBGE/DataSUS
Parâmetro	> 8
Objetivo	Identificar se o município possui disponibilidade de exames laboratoriais em quantidade suficiente para realizar rastreamento de DCNT.
Observações	<p>De acordo com portaria de parâmetros (Portaria GM/MS nº 1631 de 01/10/2015) são em média 8 exames laboratoriais de análises clínicas para rastreamento dessas DCNT.</p> <p>(Dosagem de glicose de jejum, dosagem de colesterol total, dosagem de colesterol HDL, Dosagem de colesterol LDL, Dosagem de triglicerídeos, Dosagem de hemoglobina glicosilada, Dosagem de creatinina com estimativa da taxa de filtração glomerular - TGF, Análise de caracteres físicos, elementos e sedimentos na urina, Dosagem de microalbumina na urina, Dosagem de Potássio) – 10 exames</p>

Indicador 3	
Título:	Número de exame de imagem (US) para rastreamento de DRC
Classificação:	Estrutura

Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Total de cotas de US de rins e vias urinárias}}{\text{população acima de 20 anos}} \times 100$
Fonte	Base de dados do município para quantidade de cotas de US de rins e vias urinárias. Para população IBGE
Parâmetro	10%
Objetivo	Identificar se o município possui disponibilidade suficiente de exame de US para rastreamento de DRC.
Observações	De acordo com portaria de parâmetros (Portaria GM/MS nº 1631 de 01/10/2015) devem ser realizados em média 1 US de Rim e vias urinárias para DRC em geral. Considerando que, segundo a mesma portaria, a estimativa de pacientes acima de 20 anos com DRC tipo 1 é 9,6 %, tipo 2 é de 0,9% e tipo 3 de 1,5%, definiu-se como parâmetro ter quantidade de exames suficiente para 10% da população acima de 20 anos.

Indicador 4	
Título:	Número de vagas para atendimento ambulatorial na especialidade de nefrologia
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de vagas para consulta médica na especialidade de nefrologia}}{\text{população adulta acima de 20 anos}} \times 100$
Fonte	Base de dados do município para quantidade consulta médica em nefrologia Para população acima de 20 anos: IBGE/DataSUS
Parâmetro	2%
Objetivo:	Identificar se o município possui vagas em quantidade suficiente para atendimento na especialidade para os pacientes que necessitem de encaminhamento.
Observações	De acordo com portaria de parâmetros (Portaria GM/MS nº 1631 de 01/10/2015) prevalência de DRC Estágio 3 – 1,5% da população acima de 20 anos), que seria a população que precisaria iniciar acompanhamento com especialista.

Indicador 5	
Título:	Percentual de carga horária mensal para reuniões e Educação Permanente em Saúde - EPS
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de horas destinadas às atividades de EPS mês}}{\text{Carga horária de trabalho mensal}} \times 100$
Fonte	Base de dados do município: Verificar carga horária destinada a EPS no mês e dividir pela carga horária mensal de trabalho na unidade.
Parâmetro	8 a 10%
Objetivo	Identificar se o município garante horário na agenda (agenda protegida) dos profissionais para realização de EPS
Observações	Verificar junto as equipes das UBSs qual a carga horária mensal reservada para EPS

Indicador 6	
Título:	Percentual de unidades com Prontuário eletrônico do cidadão (PEC)
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de unidades com PEC implantado e em uso}}{\text{Número total de unidades}} \times 100$

Fonte	E-Gestor , SISAB
Parâmetro	80 a 100%
Objetivo	Identificar se o município utiliza PEC como uma forma de garantir longitudinalidade e continuidade do cuidado por meio do registro de informações de atendimento.
Observações	

Indicador 7	
Título:	Implantação do fluxograma na APS para avaliação de pacientes com risco de DRC
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de equipes que utilizam o fluxograma}}{\text{Número total de equipes}} \times 100$
Fonte	Base de dados do município: Verificação in loco do número de equipes que utilizam o fluxograma previsto nas Diretrizes Clínicas para o cuidado ao paciente com DRC.
Parâmetro	100%
Objetivo	Identificar se os profissionais conhecem e portanto, utilizam o fluxograma proposto nas Diretrizes Clínicas de cuidado para a DRC, para avaliação do paciente.
Observações	Fluxograma de avaliação disponível nas Diretrizes Clínicas para o cuidado da DRC.

Indicador 8	
Título:	Disponibilidade de equipe multidisciplinar
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de profissionais nas diversas categorias cadastrados}}{\text{número total de profissionais de nível superior}} \times 100$
Fonte	CNES
Parâmetro	30%
Objetivo	Identificar a disponibilidade de equipe multiprofissional que possa realizar trabalho conjunto com a equipe de APS no acompanhamento das pessoas portadoras de DRC.
Observações	Identificar outros profissionais não médicos (enfermeiros, psicólogos, nutricionista, ass

Indicador 9	
Título:	Garantia de insumos para controle dos pacientes HAS e DM
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de medicamentos distribuídos para HAS e DM}}{\text{nº total de medicamentos para HA e DM adquiridos no período}} \times 100$
Fonte	Base de dados do município: Verificação in loco da quantidade de medicamentos para HAS e DM adquiridos e distribuídos.
Parâmetro	80-100%
Objetivo	Identificar se o município possui medicamentos em quantidade suficiente para atender aos pacientes com HA e DM, garantindo o cuidado e controle das condições.
Observações	

Indicador 10	
Título:	Fluxos de referência e contra-referência

Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de pacientes encaminhados para especialidade de nefrologia}}{\text{nº de pacientes atendidos pela referência}} \times 100$
Fonte	Base de dados do município: Verificação in loco da quantidade de pacientes encaminhados e pacientes atendidos na referência de nefrologia.
Parâmetro	100%
Objetivo	Identificar se o município possui um sistema de referência e contra-referência identificando quantidade de pacientes encaminhados e atendidos na especialidade de nefrologia
Observações	

Indicador 11	
Título:	Oferta de cuidados nas UBSs
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	Temas e/ou grupos abordados/realizados na UBS ao menos 2 vezes ao ano () Tabagismo () Orientação Alimentar () Caminhada () Hipertensos () Diabéticos
Fonte	Base de dados do município: Verificação in loco dos temas de grupos realizados nas UBSs.
Parâmetro	Acima de 3 grupos/temas diferentes por UBS
Objetivo	Identificar se o município oferta e realiza grupos de cuidados com objetivo de orientação para controle de agravos e autocuidado
Observações	

Indicador 12	
Título:	Ações de promoção e prevenção à saúde (atividade física)
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de academia de saúde implantada e em funcionamento}}{\text{número de unidades de saúde}} \times 100$
Fonte	CNES
Parâmetro	80-90%
Objetivo	Identificar se o município garante ações de promoção e prevenção por meio de realização de atividade física em academias de saúde.
Observações	

Indicador 13	
Título:	Capacitação das equipes de APS sobre Diretrizes Clínicas da DRC
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de equipes de APS capacitadas}}{\text{Total de Equipes de APS}} \times 100$
Fonte	Base de dados municipais: Verificação in loco
Parâmetro	50-70%
Objetivo	Identificar se as equipes de APS são capacitadas para o cuidado da DRC.
Observações	

Indicador 14	
Título:	Cobertura populacional estimada de Agentes Comunitários de Saúde (ACS)
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de ACS} \times 575}{\text{Estimativa Populacional}} \times 100$
Fonte	E-gestor AB
Parâmetro	80-100%
Objetivo	Identificar se o município garante o acompanhamento domiciliar por meio da identificação da cobertura por ACS.
Observações	Considera-se o valor de 575, resultado da média aritmética entre os valores mínimo e máximo definidos na PNAB 2011.

Indicador 15	
Título:	Disponibilidade de consultas médicas e não médicas junto às unidades básicas de saúde
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de consultas médicas e não médicas para pacientes DRC}}{\text{nº de consultas planejadas} *} \times 100$
Fonte	Base de dados municipais
Parâmetro	80-100%
Objetivo	Identificar se são ofertadas consultas não médicas para os pacientes portadores de DRC.
Observações	*Cálculo de consultas planejadas = 4 consultas x 1,4% da população acima de 18 anos

Indicador 16	
Título:	Disponibilidade de equipes capacitadas para atendimento, acompanhamento e tratamento ao tabagismo
Classificação:	Estrutura
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de equipes capacitadas para cuidado ao tabagismo}}{\text{número de equipes de saúde}} \times 100$
Fonte	E-gestor AB
Parâmetro	70-100%
Objetivo	Identificar se o município possui equipes para acompanhar uma das condições de risco para o desenvolvimento da DRC que é o tabagismo.
Observações	

Indicador 17	
Título:	Percentual da população cadastrada na equipe de Saúde da Família (ESF) e equipe de Atenção Primária (EAP) no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) ¹
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de cadastros de usuários processados e validados no SISAB no quadrimestre quantitativo de pessoas a serem cadastradas pela Equipe OU Unidade OU município segundo parâmetros estabelecidos pelo MS}^1}{\text{}} \times 100$
Fonte	E-gestor AB
Parâmetro	70%
Objetivo	Identificar o percentual da população cadastrada junto as unidades de saúde.
Observações	¹ Portarias MS-GM nº 2.979, de 12/11/2019 e nº 3.263, de 11/12/2019.

--	--

Indicador 18	
Título:	Percentual de Pacientes com DRC com calendário vacinal em dia
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de usuário com DRC com vacinação em dia}}{\text{Número de usuários com DRC cadastrados}} \times 100$
Fonte	Base de dados municipais
Parâmetro	100%
Objetivo	Identificar se os pacientes com DRC são acompanhados com relação ao calendário de vacinação.
Observações	

Indicador 19	
Título:	Percentual de pacientes identificados com DRC ao ano na APS
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes diagnosticados com DRC nas Unidades Básicas de Saúde no ano}}{\text{População total da cadastrada (18 anos +)}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	1 – 2%
Objetivo	Identificar se a APS realiza diagnóstico precoce da DRC
Observações	*Dados da PNS, 2013 – Estimativa de 1,4% da população acima de 18 anos com diagnóstico de DRC.

Indicador 20	
Título:	Percentual de Pacientes com DRC Acompanhados na APS
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes com DRC acompanhados na unidade}}{1,4\% * \text{da População total acima de 18 anos cadastrada na unidade}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	90 – 100%
Objetivo	Identificar se os pacientes com diagnóstico de DRC são acompanhados na APS.
Observações	*Dados da PNS, 2013 – Estimativa de 1,4% da população acima de 18 anos com diagnóstico de DRC.

Indicador 21	
Título:	Percentual de pacientes com HAS cadastrados na APS
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes com diagnóstico de HA cadastrados na APS}}{\text{População adulta do município (18 anos e +)}} \times 100$
Fonte	E-gestor AB

	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	15 – 25%
Objetivo	Identificar se a APS conhece as pessoas portadoras de HA do território para realizar o acompanhamento e controle da condição.
Observações	Estimativa de indivíduos de 18 anos ou mais com HÁ = 21,4% (23,3% no sudeste) -PNS 2013

Indicador 22	
Título:	Percentual de usuários com estratificação de risco cardiovascular
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de usuários com estratificação de risco cardiovascular realizada}}{\text{Número de usuários com doenças cardiovasculares cadastrados}} \times 100$
Fonte	E-gestor AB Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	70-100%
Objetivo	Identificar se a APS acompanha adequadamente os usuários com risco cardiovascular.
Observações	

Indicador 23	
Título:	Percentual de pessoas hipertensas com Pressão Arterial aferida na APS em cada semestre
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº hipertensos com PA aferida semestralmente nos últimos 12 meses}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \% \text{ hipertensos PNS OU } \text{Nº hipertensos identificados})^1} \times 100$
Fonte	E-Gestor – AB Indicador de desempenho programa previne Brasil
Parâmetro	90%
Objetivo	Identificar se a APS acompanha os pacientes com HA.
Observações	¹ O denominador será o que apresentar o maior valor. Referências: 1. Portaria nº 3.222, de 10/12/2019 2. Nota Técnica nº 5/2020-DESF/SAPS/ MS

Indicador 24	
Título:	Percentual de pacientes com DM Cadastrados na APS
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes com DM cadastrados na APS}}{\text{população adulta do município (18 anos +)}} \times 100$
Fonte	E-Gestor Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	5 - 7%
Objetivo	Identificar se a APS conhece as pessoas com DM do território.
Observações	Prevalência média Brasil de pessoas com DM = 6,2% da população de 18 anos e mais (Sudeste 7,1%) – PNS, 2013

Indicador 25	
Título:	Percentual de diabéticos com solicitação de hemoglobina glicada
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº diabéticos com solicitação de HbA1c nos últimos 12 meses}}{(\text{Parâmetro de Cadastro} \times \% \text{ diabéticos PNS OU Nº diabéticos identificados})^1} \times 100$
Fonte	E-gestor – Indicador de desempenho programa previne Brasil
Parâmetro	90%
Objetivo	Identificar se a APS realiza o acompanhamento das pessoas com DM.
Observações	PNS – Pesquisa Nacional de Saúde (2013). ¹ O denominador será o que apresentar o maior valor.

Indicador 26	
Título:	Percentual de pacientes com obesidade acompanhados na APS.
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pessoas com excesso de peso identificado por avaliação antropométrica, em determinado local e período}}{\text{Número de pessoas com avaliação antropométrica no mesmo local e período}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80%
Objetivo	Identificar se a APS acompanha pessoas com obesidade no território.
Observações	*IMC acima de 25kg/m2 - (CAB 38)

Indicador 27	
Título:	Percentual de tabagistas acompanhados na APS
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de tabagistas acompanhados na APS}}{15\% \text{ da população acima de 18 anos cadastrada na APS}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80%
Objetivo	Identificar se a APS acompanha pessoas que fazem uso do tabaco.
Observações	PNS 2013 – população 18anos +, 15% fazem uso do tabaco

Indicador 28	
Título:	Percentual Atividades educativas para profissionais sobre DRC
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de Atividades educativas com profissionais (EPS) sobre fatores de risco e DRC}}{\text{total de atividades de EPS}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80%
Objetivo	Identificar se são realizadas atividades de capacitação e qualificação profissional sobre DRC.
Observações	

Indicador 29	
Título:	Percentual de atividades coletivas voltadas para o auto cuidado apoiado
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de atividades coletivas sobre fatores de risco e DRC}}{\text{número total de atividades coletivas}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80%
Objetivo	Identificação de atividades coletivas com pessoas portadoras de DRC voltadas para o autocuidado apoiado.
Observações	

Indicador 30	
Título:	Ações educativas realizadas quanto a alimentação pobre em sal, açúcares e gordura
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	Número de ações realizadas por grupos de cuidados
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	01 ação bimestral por grupo
Objetivo	Identificar se a APS realiza atividades educativas sobre alimentação e nutrição.
Observações	

Indicador 31	
Título:	% de usuários com DRC que participam das Atividades Coletivas
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de usuários com DRC que participam de Atividades Coletivas}}{\text{Total de usuários com DRC cadastrados}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	70%
Objetivo	Identificar a adesão das pessoas portadoras de DRC nas atividades coletivas realizadas.
Observações	

Indicador 32	
Título:	% de portadores de DRC com Auto Cuidado Apoiado
Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de pessoas com DRC com auto cuidado apoiado}}{\text{Total de usuários com DRC cadastrados}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80%
Objetivo	Identificar o percentual de pessoas com DRC realizam o auto cuidado apoiado.
Observações	

Indicador 33	
Título:	Disponibilidade de medicamentos e insumos para pacientes com DRC

Classificação:	Processo
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes com DRC (estágios II a V) atendidos pela Assistência Farmacêutica}}{1,4\% \text{ da população acima de 20 anos}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80 – 100%
Objetivo	Identificar se o município garante medicamentos e insumos aos pacientes com DRC.
Observações	(Pesquisa Nacional de Saúde 2013 – prevalência de DRC 1,4% na população acima de 18 anos)

Indicador 34	
Título:	Percentual de pacientes HAS controlados
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes com HAS com quadro estável}}{\text{número total de pacientes com diagnóstico de HAS}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	≥80%
Objetivo	Identificar o percentual de pacientes com HA controlados, indicando resolutividade da AB e controle de uma das condições de risco da DRC.
Observações	

Indicador 35	
Título:	Percentual de pacientes com DM controlados
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes com DM com quadro estável}}{\text{número total de pacientes com diagnóstico de DM}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	≥80%
Objetivo	Identificar o percentual de pacientes com DM controlados, indicando resolutividade da AB e controle de uma das condições de risco da DRC.
Observações	

Indicador 36	
Título:	Percentual de usuários diagnosticados nos estágios iniciais de DRC
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes diagnosticados com DRC precocemente (ESTAGIO 1 E 2) nas Unidades Básicas de Saúde}}{\text{Número total de usuários com DRC}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	40 – 50%
Objetivo	Identificar o percentual de diagnóstico precoce de DRC na APS.
Observações	

Indicador 37	
Título:	Percentual de usuários com DRC com risco estratificado
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Número de pacientes com DRC com risco estratificado}}{\text{Número total de usuários com DRC}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80%
Objetivo	Identificar o percentual de pacientes acompanhados com risco estratificado na APS.
Observações	

Indicador 38	
Título:	Percentual de Morbidade por DRC
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	$\frac{\% \text{ de internação por causas renais no ano vigente}}{\% \text{ de internação por causas renais no ano anterior}} \times 100$
Fonte	SIH DATASUS
Parâmetro	< 80%
Objetivo	Identificar o impacto da implantação da LC na redução do percentual de internação por causas renais reduz ao longo dos anos.
Observações	

Indicador 39	
Título:	Taxa de Mortalidade anual por DRC
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº de óbitos por DRC}}{\text{população acima de 20 anos}} \times 100$
Fonte	Tabnet/DataSUS / SIM
Parâmetro	< 1%
Objetivo	Identificar o impacto da implantação da LC no número de óbitos por DRC.
Observações	* Óbitos estimados = 0,013% população acima de 20 anos.

Indicador 40	
Título:	Redução no número de usuários tabagistas
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	$\frac{\text{Nº usuários que deixaram de fumar}}{\text{número de usuários tabagistas cadastrados}} \times 100$
Fonte	Base de dados Municipais (IN LOCO)
Parâmetro	80%
Objetivo	Identificar o impacto das ações de controle do tabagismo no número de tabagistas cadastrados.
Observações	

Indicador 41	
Título:	Taxa de Prevalência de pacientes em diálise
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	N.º de pacientes submetidos a tratamento de diálise renal no SUS (DPAC, DPA, DPI, Hemodiálise, Hemodiálise AIDS), por 100 mil habitantes na população residente.
Fonte	Fonte: Tabnet SES/SP - Matriz de indicadores da SES/SP
Parâmetro	<52
Objetivo	Identificar o impacto da LC na taxa de prevalência de pacientes em diálise
Observações	(Prevalência de pacientes em diálise no Estado de São Paulo em 2017)

Indicador 42	
Título:	Internação por CSAB
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	% de internações por causas sensíveis à atenção básica no total de internações
Fonte	Fonte: Tabnet SES/SP - Matriz de indicadores da SES/SP
Parâmetro	< 15%
Objetivo	Identificar o impacto da implantação das ações da LC da DRC na internação por CSAB.
Observações	Portaria 221, 17/04/2008/MS/SAS Média % de ICSAB no estado de São Paulo nos últimos 5 anos Fonte: Tabnet SES/SP

Indicador 43	
Título:	Percentual óbitos prematuros por DCNT (30 a 69 anos)
Classificação:	Resultado
Cálculo do Indicador:	Número de óbitos (de 30 a 69 anos) por DCNT registrados nos códigos CID-10 – I00-I99; C00-C97; J30-J98; E10-E14 – em determinado ano e local X 100.000 / População residente (de 30 a 69 anos), em determinado ano e local.
Fonte	Tabnet/DataSUS / SIM (SISTEMAS DE INFORMAÇÃO)
Parâmetro	< 17%*
Objetivo	Identificar o impacto da implantação das ações da LC da DRC no percentual de óbitos prematuros por DCNT.
Observações	Fonte – nota Técnica Conass *World Health Organization (WHO). Global Health Estimates 2016: deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000-2016 [Internet]. Geneva: WHO; 2013

REFERÊNCIAS

Ayodele, OE, & Alebiosu, CO (2010). Burden of Chronic Kidney Disease: An International Perspective. *Advances in Chronic Kidney Disease*, 17 (3), 215-224. doi: 10.1053 / j.ackd.2010.02.001

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF; 2010. Diário Oficial da União (DOU), 31 dezembro de 2010; Seção 1: 88. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 483 de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Brasília, DF; 2014a. Diário Oficial da União (DOU), 2 Abril 2014; Seção 1: 50. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 389 de 13 de março de 2014. Define os critérios para a organização da linha de cuidado da Pessoa com Doença Renal Crônica (DRC) e institui incentivo financeiro de custeio destinado ao cuidado ambulatorial pré-dialítico. Brasília, DF; 2014b. Diário Oficial da União (DOU), 14 Março 2014; Seção 1: 34. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0389_13_03_2014.html

HARTZ, Z. et al. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos a prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008

Lv JC., Zhang LX. (2019) Prevalence and Disease Burden of Chronic Kidney Disease. In: Liu BC., Lan HY., Lv LL. (eds) Renal Fibrosis: Mechanisms and Therapies. Advances in Experimental Medicine and Biology, vol 1165. Springer, Singapura. https://doi.org/10.1007/978-981-13-8871-2_1

REDE Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. — 2. ed. — Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/vhl/indicadores-e-dados-basicos-para-a-saude-no-brasil-idb/conceitos-e-criterios/> Acesso em 09 jan 2021.

Tanaka, OY; Tamaki, EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2012, vol.17, n.4, pp.821-828. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232012000400002>.