

Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência


Redecin Brazil: constructing the methodology of a multicentric study to evaluate the care network for people with disabilities (abstract: p. 16)

Redecin Brasil: la construcción metodológica de un estudio multicéntrico para evaluación de la red de cuidados a la persona con discapacidad (resumen: p. 16)

Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro^(a)

<katiaribeiro.ufpb@gmail.com> 


Ralf Braga Barroso^(b)

<ralfbraga@usp.br> 


Bárbara Grazielle Ramos^(c)

<bgrazi.ramos@gmail.com> 

Fernando Pierette Ferrari^(d)

<fernando.ferrari@ufms.br> 

Jorge Henrique Santos Saldanha^(e)

<jorge.santos@ufba.br> 

continua pág. 12

^(a) Departamento de Fisioterapia, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. Avenida Umbuzeiro, 91, Manaíra. João Pessoa, PB, Brasil. 58038-180.

^(b) Pós-graduando do curso de Ciências da Reabilitação (Doutorado), Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, Faculdade de Medicina (FM), Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, SP, Brasil

^(c) Coletivo Paideia, Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

continua pág. 12

Este artigo objetiva apresentar o percurso metodológico do estudo Redecin – Avaliação da Implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) no Brasil. Trata-se de estudo multicêntrico, transversal, de delineamento híbrido, envolvendo instrumentos quantitativos por meio de análise documental e questionários estruturados, e qualitativos com entrevistas de atores-chave sobre a implantação da RCPCD. Após discussões com atores do Ministério da Saúde e do grupo de pesquisa, adotou-se a configuração de região/macrorregião de saúde envolvendo todos os componentes da rede descritos na portaria que institui essa rede. O estudo possui representatividade em oito estados nas cinco regiões geográficas brasileiras. O uso de método híbrido, múltiplas fontes de evidências e incorporação do conceito de Rede de Atenção à Saúde foram fundamentais para se estruturar uma avaliação como instrumento que almeja subsidiar processos de tomada de decisão em saúde.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência. Reabilitação. Políticas públicas de saúde. Avaliação em saúde. Sistema Único de Saúde.

Introdução

Este artigo tem o objetivo de descrever a construção do percurso metodológico da pesquisa “Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – Redecin Brasil”. Essa pesquisa foi contemplada na Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD n. 35/2018 do Ministério da Saúde, por meio do Departamento de Ciência e Tecnologia, em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), na Linha 1 – Estudos sobre grau de implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD). Teve como objetivo analisar o processo de implantação da RCPCD na perspectiva de mudança do paradigma do cuidado segmentado por especialidades para uma estratégia de cuidado em rede, com articulação dos diferentes pontos de atenção e prática interprofissional dialogada entre as especialidades e considerando os condicionantes sociais de saúde com vistas ao cuidado integral.

A implantação é compreendida como “a implementação concreta de uma intervenção em um contexto preciso que pode ser descrito com base em suas dimensões simbólicas, organizacionais e físicas” (p. 219)¹. A análise da implantação permite compreender a dinâmica da intervenção e identificar os fatores explicativos críticos¹. A avaliação da RCPCD no Sistema Único de Saúde (SUS) e de seu processo de implantação é de fundamental importância para entendimento de quanto essa rede e suas ações estão desenvolvidas, e para a compreensão do impacto dessa política no cuidado a essas pessoas. Além disso, contribui fornecendo subsídios aos gestores federal, estadual e municipal do SUS, profissionais da saúde e sociedade civil para fundamentar a tomada de decisão visando o alcance dos objetivos propostos pela RCPCD.

A deficiência pode ser entendida como prejuízo das funções motoras, intelectuais, visuais ou auditivas, isoladas ou em conjunto, que levam a prejuízos na realização de atividades de vida diária pelos indivíduos que as experimentam². Segundo dados do Censo Demográfico de 2010, 6,7% da população brasileira apresenta algum tipo de deficiência, sendo a deficiência visual a mais comum, afetando 3,4% da população, seguida da motora (2,3%), da mental/intelectual (1,4%) e da auditiva presente em 1,1% da população³.

A Constituição Federal de 1988, no âmbito da seguridade social, em seu artigo 196, considera a saúde como um direito de todos e dever do Estado, estando previsto acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para sua promoção, proteção e recuperação da saúde⁴. Posteriormente, com a Lei n. 8.080 de 1990, foi criado o SUS que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes⁵. Esses foram marcos importantes para a sociedade, principalmente para as pessoas com deficiência, visto que, anteriormente, o cuidado com a saúde dessas pessoas ficava a cargo de iniciativas da sociedade civil organizada por meio da filantropia, cabendo-lhes assegurar, mesmo que parcialmente, tais direitos e o acesso dessas pessoas aos serviços de saúde e sobretudo de reabilitação⁶.

Conforme pontua Magalhães-Júnior, “uma das maiores dívidas do SUS nesta sua curta história é a de oferta de serviços para pessoas com deficiência”⁷ (p. 27). Dados da Pesquisa Nacional de Saúde, realizada em 2013, apontam que apenas 23,1% das pessoas com deficiência intelectual, 16,3% das pessoas com deficiência física, 7,7% das pessoas

com deficiência auditiva e 4,7% das pessoas com deficiência visual frequentam serviços de reabilitação⁸. Nesse contexto, por meio do Decreto n. 7.612, 17 de novembro de 2011, foi instituído o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, um plano intersetorial envolvendo 15 pastas ministeriais e estruturado em quatro eixos principais: acesso à saúde, educação, acessibilidade e inclusão social⁹.

Tal iniciativa é considerada o início da articulação para a implantação, por meio da Portaria n. 793, de 24 de abril de 2012, da RCPCD¹⁰. Em busca de sistematizar o cuidado às pessoas com deficiência, são previstas ações nos três níveis da rede de Atenção à Saúde, tendo como cenários na Atenção Básica (AB) as Unidades Básicas de Saúde (UBS); na Atenção Secundária, os Centros Especializados de Reabilitação (CER), Oficinas Ortopédicas e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); e na Atenção Terciária, os leitos de reabilitação em hospitais gerais e hospitais de reabilitação, além dos pontos de ação voltados para urgência e emergência¹⁰. A portaria sugere uma rede coesa em busca da integralidade do cuidado, mas o que se observa na realidade ainda é uma rede fragmentada, em que os atores envolvidos exercem os cuidados em seus cenários próprios, sem a devida preocupação com os fluxos e trânsito das pessoas com deficiência usuárias do SUS, prejudicando sua continuidade e o acesso a todos os níveis, de acordo com a demanda¹¹.

Alguns estudos apresentam as condições da RCPCD em estados do Brasil. Um deles aponta que no Rio Grande do Sul a rede é considerada viva e com diversos arranjos possíveis; entretanto, o nível especializado de atenção é considerado coordenador do cuidado. As ações mais citadas, nos achados desse estudo, foram reabilitação (69%) e tratamento (56%), e uma preocupação com a reorganização da rede em busca de integralidade e consideração da vulnerabilidade dessa população¹². Estudo sobre a rede em Minas Gerais demonstra que havia 209 serviços habilitados dentro da RCPCD do estado, sendo o de maior oferta ligado à deficiência intelectual (63,6%), e em menor número, o de reabilitação visual (1,4%), e apenas 6,2% dos serviços eram considerados CER¹³.

Atualmente, é essencial a avaliação da RCPCD no SUS e seu processo de implantação para entendimento das ações constituídas e compreensão do impacto da política no cuidado a essas pessoas. Desse modo, busca fornecer subsídios aos gestores federal, estadual e municipal do SUS, profissionais de saúde e sociedade civil para fundamentar a tomada de decisão para o alcance dos objetivos propostos pela RCPCD.

Apresentando brevemente a proposta submetida

Em atendimento à Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD n. 35/2018, a qual apresentava como exigência para submissão de propostas que o estudo envolvesse as cinco regiões geográficas do Brasil, pesquisadores de oito universidades públicas do país, que já mantinham contato acadêmico, construíram a proposta do Projeto Redecin Brasil. Dessa forma, foram incluídos os seguintes estados: Amazonas, região Norte; Paraíba e Bahia, região Nordeste; Espírito Santo, Minas Gerais, São Paulo, região Sudeste; Mato Grosso do Sul, região Centro-Oeste; e Rio Grande do Sul, região Sul.

A proposta contemplava uma pesquisa do tipo estudo de casos múltiplos¹⁴, tendo como técnicas de pesquisa: análise documental, entrevistas estruturadas (questionários) e semiestruturadas, a fim de permitir avaliar o grau de implantação da RCPCD em cada estado e comparar as características da intervenção planejada com a que efetivamente foi implantada¹⁵.

As entrevistas semiestruturadas tinham por base um roteiro com atores-chave, como secretários estaduais e municipais de saúde, Comissão Intergestores Bipartite (CIB), Comissão Intergestores Regional (CIR), Conselho Estadual de Saúde, coordenadores de área técnica da pessoa com deficiência, grupos condutores estaduais da RCPCD e profissionais de saúde que atuam nos diversos pontos da rede. O questionário autoaplicado seria enviado para profissionais e gestores do CER, ambos com pelo menos um ano de trabalho na função, com questões sobre perfil profissional, processo de trabalho e educação continuada e permanente desses profissionais. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba sob o CAAE n. 13083519.3.1001.5188 e por outros comitês de ética das instituições coparticipantes dos estados.

Entre o rigor metodológico e o empírico concreto

Conforme previsto na proposta aprovada, iniciaram-se a coleta de dados e a busca de informações pelo levantamento bibliográfico e pela análise documental. Nessa fase, já foi possível identificar fragilidades nos registros das atividades de algumas instâncias deliberativas, a exemplo das CIR que, em algumas regiões dos estados, não dispunham de atas de suas reuniões.

A falta de registros dessas instâncias deliberativas aponta uma importante falha no que diz respeito à garantia de “publicização” dessas informações, considerando ser direito de todos e dever do Estado garantir o acesso à informação, sendo esse um dos alicerces da cidadania¹⁶. As CIR foram criadas no processo de regionalização da saúde, em um contexto que busca a manutenção do protagonismo municipal, bem como o fortalecimento das relações de interdependência e corresponsabilidade sanitária entre os entes estadual e municipais¹⁷. Assim, essa ausência de registros das reuniões, desse importante espaço de governança regional, pode comprometer a continuidade dos processos nessa instância deliberativa, como também dificulta a avaliação do trabalho realizado por essa comissão e a análise da política em nível local.

Seis meses após o início da vigência da pesquisa aconteceu o Seminário Marco Zero, convocado pelo Departamento de Ciência e Tecnologia do Ministério da Saúde (Decit/MS), com o intuito de discutir a metodologia dos projetos de pesquisa com os coordenadores das propostas aprovadas na Chamada 35/2018. Participaram desse seminário, além de técnicos do Decit/MS, técnicos da Coordenação Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde (CGSPD/MS) e representantes do CNPq.

A proposta metodológica do Projeto Redecin-Brasil apresentada na ocasião previa entrevistas com atores-chave ligados à gestão da RCPCD e questionário para profissionais e gestores do CER, circunscrevendo a realização do estudo aos municípios que tinham CER

habilitados. Não estava prevista investigação em serviços de Atenção Básica, da atenção odontológica, da atenção hospitalar e de urgência e emergência, ou seja, componentes da RCPCD descritos na Portaria n. 793/2012¹⁰, evidenciando uma limitação na concepção de implantação dessa rede com habilitação ou não de CER.

Após esse seminário, ocorreu a primeira reunião presencial do grupo de pesquisa com os representantes dos oito estados participantes, no mês de junho de 2019. Nessa reunião, decidiu-se ampliar a proposta metodológica do projeto para contemplar um estudo do grau de implantação da RCPCD e que possibilitasse, também, analisar o cuidado à saúde da pessoa com deficiência, envolvendo todos os seus componentes, em regiões de saúde e municípios com diferentes contextos de estruturação da rede nos estados participantes.

A proposta de cuidado integral definida no estudo precisava superar a fragmentação observada no SUS, sendo esse o gatilho para a discussão das Redes de Atenção à Saúde (RAS) como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”¹⁸.

Embora já citada na Constituição Federal a intencionalidade de criação de uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, a retomada da discussão da regionalização no âmbito do SUS se dá pelo Pacto pela Saúde¹⁹ e pela Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para organização das RAS¹⁸.

Para indicação das regiões objeto de estudo foram consideradas as diferenças entre os estados no que diz respeito à definição da unidade organizativa como espaço regional para organização das RAS. Alguns estados adotam a região de saúde como referência, enquanto outros adotam a macrorregião. Passou-se, assim, a adotar a referência utilizada em cada estado. Com base nesse entendimento, os pesquisadores decidiram realizar o estudo em três regiões/macrorregiões de saúde de cada estado que tivessem graus distintos de implantação da RCPCD, correspondendo aos níveis de implantação incipiente, moderada e avançada e, em cada região/macrorregião, seriam selecionados dois municípios para estudo, sendo um deles o que contasse com mais pontos da RCPCD e outro que tivesse menos serviços dessa Rede. Nessa lógica, e reconhecendo a importância do papel do Grupo Condutor da Rede nos estados, foi solicitada a esses grupos a indicação de regiões/macrorregiões e municípios. Foi definido, ainda, que uma dessas regiões deveria contemplar a capital de cada estado participante.

Mediante essa nova configuração metodológica, foram elaborados questionários estruturados para gestores e trabalhadores da Atenção Básica e CER e, para o estudo dos demais componentes (Atenção Básica, odontológica, hospitalar e urgência e emergência), foi elaborado roteiro semiestruturado para entrevista. Esses instrumentos tiveram como base as atribuições definidas pela Portaria 793/2012¹⁰. Além disso, houve melhor definição de atores estratégicos para entrevistas sobre o processo de implantação da RCPCD no âmbito do Ministério da Saúde, dos estados, regiões e municípios escolhidos.

Tanaka²⁰ assinala ser relevante ter como ponto de partida um desenho metodológico consistente; entretanto, o caminhar do trabalho no empírico-concreto revela-se mais importante que o rigor metodológico. Destaca que a possibilidade de modificações de

estratégias metodológicas no percurso do estudo pode ser determinante para achados e considerações que permitam melhores caminhos para o enfrentamento dos desafios impostos para implementação de políticas, considerando as avaliações e os instrumentos capazes de produzir ações efetivas e mudanças.

Vale ressaltar que essas alterações metodológicas objetivaram permitir o estudo de várias regiões de saúde e seu desenho de rede deliberado, das articulações e pactuações entre ações, serviços e municípios para captar a implantação da rede com vistas ao cuidado integral da pessoa com deficiência, assim como as divergências e convergências entre regiões de saúde e estados nesse processo.

A proposta final: uma metodologia de avaliação da RCPCD centrada no cuidado integral e nas diversidades regionais

Objetivos e desenho

Mantendo como objetivo geral analisar o processo de implantação da RCPCD na perspectiva de mudança do paradigma com vistas ao cuidado integral no Brasil, adotou-se um estudo transversal de métodos mistos, conforme mencionado acima. O emprego de métodos e técnicas de pesquisa combinados pode permitir a interação e a complementação dos resultados. Com isso, torna-se possível preencher lacunas e ampliar a coleta de informações realizadas em campo²¹. As metodologias qualitativas e quantitativas são aplicadas para avaliação e investigação do grau de implantação da RCPCD. O método misto permite a articulação entre os métodos com completa sinergia, mesmo se a análise for feita em separado e a discussão, em conjunto²². O uso dos modelos mistos não é tão comum nos estudos referentes a questões de saúde, representando somente 2,85% em uma revisão realizada em 2012²³.

Entretanto, em se tratando dos estudos de análise de implantação, essa escolha por métodos mistos é bastante valorizada^{24,25}. Favorece uma compreensão mais ampliada do fenômeno estudado, a exemplo das entrevistas com atores-chave propostas no presente estudo, as quais, aliadas à análise documental, favorecem o caráter explicativo da avaliação, trazendo elementos que permitirão compreender os fatores contextuais envolvidos no processo. Tal possibilidade se revela importante no sentido de que saber apenas se alcançou ou não os efeitos esperados, em detrimento dos porquês, não ajuda necessariamente a orientação da melhoria da política²⁶.

Essa particularidade confere à pesquisa um caráter inovador, dentro da proposta e do objetivo do Redecin Brasil em relação ao estudo da RCPCD.

Com base no novo desenho metodológico, buscou-se alinhar os objetivos específicos definidos para o estudo com as técnicas de pesquisa, a fim de centralizar a avaliação da RCPCD no cuidado integral. Dessa forma, o Quadro 1 resume as técnicas de pesquisa, os objetivos específicos a que estão relacionadas e os sujeitos/documentos de cada abordagem, dentro das perspectivas quantitativa e qualitativa utilizadas.

Quadro 1. Resumo das técnicas de pesquisa, segundo objetivos e documentos/atores do Estudo Redecin Brasil.

	Objetivos	Documentos/Atores
Quantitativo		
Questionário Estruturado	1- Caracterização do perfil demográfico, de formação e atuação profissional, bem como avaliação do conhecimento em relação à RCPCD de Profissionais e Gestores atuantes na RCPCD; 2- Identificação das ferramentas de integração entre os pontos de atenção dos equipamentos de saúde que compõem a RCPCD; 3- Análise das ações desenvolvidas na AB e nos CER direcionadas ao cuidado da pessoa com deficiência.	Profissionais e gestores atuantes na AB e nos CER e demais serviços de reabilitação habilitados.
Qualitativo		
Entrevistas	1- Análise do processo de operacionalização da implementação e da avaliação de acompanhamento da RCPCD; 2- Identificação dos desafios na implementação da RCPCD.	Integrantes dos Grupos Condutores Estaduais e Municipais; Coordenadores Municipais de AB, Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, Oficina Ortopédica e Serviços de Saúde Bucal.
Análise Documental	1- Análise do processo de operacionalização da implementação e da avaliação de acompanhamento da RCPCD.	Política Nacional de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência; Planos Estaduais e Municipais de Saúde e Planos Estaduais, Regionais e Municipais de Ação da RCPCD; Portaria de implantação dos grupos condutores estaduais e regionais/municipais, atas das CIR, das CIB e do Grupo Conductor.

RCPCD: Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; AB: Atenção Básica; CER: Centros Especializados em Reabilitação; CIR: Comissão Intergestores Regional; CIB: Comissão Intergestores Bipartite.

Locais

O estudo possui estados representantes das cinco regiões geográficas do Brasil, são eles: Paraíba e Bahia na região Nordeste; Amazonas na região Norte; Mato Grosso do Sul na Centro-oeste; São Paulo, Minas Gerais e Espírito Santo na região Sudeste; e Rio Grande do Sul na região Sul. Fazendo parte do realinhamento metodológico e do alcance das diversidades regionais, o Quadro 2 traz as regiões/macrorregiões selecionadas e seus municípios, em cada estado.

Quadro 2. Regiões de saúde e municípios participantes do estudo Redecin Brasil

Estado	Regiões/macrorregiões de Saúde	Município com mais equipamentos da RCPCD na Região de Saúde.	Município com menos equipamentos da RCPCD na Região de Saúde.
AMAZONAS	Regiões de Saúde: 1- Manaus e entorno; 2- Alto Rio Negro e Solimões; 3- Alto Solimões.	1- Manaus; 2- Coari; 3-Tabatinga.	1- Iranduba; 2- Anori; 3- Benjamin Constant.
BAHIA	Regiões de Saúde: 1- Salvador; 2- Jacobina; 3- Juazeiro.	1- Salvador; 2- Jacobina; 3- Juazeiro.	1- Saubara; 2- Mairi; 3- Sobradinho.
ESPÍRITO SANTO	Regiões de Saúde: 1- Metropolitana; 2- Norte; 3- Sul.	1- Vitória; 2- Nova Venécia; 3- Cachoeiro de Itapemirim.	1- Cariacica; 2- Água Doce do Norte; 3- Ibitirama.
PARAÍBA	Regiões de Saúde: 1- Primeira Região de Saúde; 2- Décima Primeira Região de Saúde; 3- Quarta Região de Saúde.	1-João Pessoa; 2-Princesa Isabel; 3-Cuité.	1-Sobrado; 2-São José de Princesa; 3-Frei Martinho.
MATO GROSSO DO SUL ^①	Macrorregiões de Saúde: 1-Campo Grande; 2-Dourados; 3-Três Lagoas; 4-Corumbá.	1-Campo Grande; 2- Dourados; 3- Três Lagoas 2-Corumbá.	1- Figueirão; 2- Ladário; 3- Jateí; 4- Santa Rita do Pardo.
MINAS GERAIS	Macrorregiões de Saúde: 1- Centro; 2- Sul; 3- Sudeste.	1- Belo Horizonte; 2- Alfenas; 3- Além Paraíba.	1- Betim; 2- Poço Fundo; 3- Juiz de Fora.
RIO GRANDE DO SUL	Macrorregiões de Saúde: 1- Metropolitana; 2- Missioneira; 3- Sul.	1- Porto Alegre; 2- Santa Rosa; 3- Bagé.	1- Viamão; 2- São Luís do Gonzaga; 3- Pelotas.
SÃO PAULO	Macrorregiões de Saúde: 1- Redes Regionalizadas de Atenção à Saúde (RRAS) 1; 2- RRAS 6; 3- RRAS 12.	1- São Bernardo do Campo; 2- Cidade Ademar/ Santo Amaro (região da Cidade de São Paulo); 3- São José do Rio Preto.	1- Rio Grande da Serra; 2- Pirituba (região da cidade de São Paulo); 3- Bento de Abreu.

^① Dada a baixa densidade de serviços no estado, o grupo condutor sugeriu estudar todas as regiões de saúde.

Participantes

Profissionais de saúde de nível superior: i) da Atenção Básica com amostra aleatória estratificada por estado e município com partilha proporcional de número de profissionais médicos, enfermeiros, dentistas e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, considerando os tipos de modelos organizativos da Atenção Básica; e ii) CER⁽ⁱ⁾. O número total de profissionais que responderão ao questionário na Atenção Básica foi definido por cálculo amostral de 1.344, considerando a população residente nos estratos, margem de erro de 1,8% e 95% de nível de confiança, e nos CER será realizado um censo.

Gestores: serão entrevistados coordenadores da Atenção Básica, da atenção hospitalar e/ou rede de urgência e emergência, de oficina ortopédica e saúde bucal nos municípios selecionados, do Grupo Condutor Estadual, da área técnica da pessoa com deficiência do estado e integrantes do Grupo Condutor Estadual. Em relação aos integrantes desse grupo, definiu-se como critério que pelo menos um dos entrevistados deverá ter conhecimento do processo de implantação da RCPCD no estado. Também serão entrevistados responsáveis pela área técnica da pessoa com deficiência nos municípios, quando presentes.

A Portaria n. 793/2012¹⁰ traz as diretrizes, os objetivos gerais e específicos, a operacionalização e a proposta de desenho da RCPCD, estruturada nos três níveis de atenção. Em seu Artigo 10º, inciso III, traz a importância da avaliação da implantação e seu monitoramento em todo o território nacional¹⁰. Suas ações são direcionadas a pessoas com deficiência permanente ou transitória, podendo ser ainda progressiva, regressiva ou estável, acometendo os domínios físico, intelectual, visual, auditivo e ostomias, de forma isolada ou em conjunto¹⁰. A RCPCD retira o foco da atenção à pessoa com deficiência somente da Atenção Especializada, e amplia as possibilidades de cuidado para os três níveis de atenção, colocando os CER como pontos de rede, ainda que estruturas ordenadoras, mas não como porta de entrada²⁷.

O projeto Redecin Brasil, ao contemplar com seus instrumentos de avaliação a Atenção Básica, atenção especializada e a atenção hospitalar e rede de urgência e emergência, possibilita alcançar informações da rede em todos os seus níveis de atenção e de seus fluxos, identificando pontos críticos e a fragmentação do cuidado ao usuário com deficiência.

Instrumentos

Quantitativos para a Atenção Básica e Centros Especializados de Reabilitação

Foram propostos questionários estruturados para aplicação com gestores e profissionais da Atenção Básica e CER. As respostas são dispostas em Escala Likert. Os instrumentos são autoaplicáveis e direcionados aos profissionais de nível superior.

Na proposta da Atenção Básica, o questionário direcionado aos trabalhadores atuantes nas unidades tem duas partes: caracterização do profissional incluindo dados demográficos, de formação e atuação profissional; e avaliação do seu conhecimento em relação à RCPCD. Para os gestores das Unidades Básicas de Saúde, é dividido em três partes: caracterização

⁽ⁱ⁾ No estado de São Paulo foi feito plano de amostragem estratificada segundo método de alocação proporcional ao número de CER, dada a discrepância numérica em comparação aos demais estados.

demográfica e tempo de vínculo com a unidade; avaliação da unidade como equipamento de saúde, considerando sua estrutura para atendimento à pessoa com deficiência; e a avaliação do conhecimento do gestor em relação à RCPCD.

No CER, o questionário para os profissionais de saúde está dividido em quatro partes: caracterização do perfil profissional (e experiência na gestão para os gerentes); conhecimento sobre o processo de implantação da RCPCD; formação permanente; e processo de trabalho e integração com a RCPCD.

Todos os instrumentos, para profissionais e gestores de unidades da Atenção Básica e de CER, tiveram um teste-piloto realizado em UBS e CER não participantes da amostra para calibração do instrumento e verificação de tempo de resposta.

Roteiros de entrevistas qualitativas para coordenadores de serviços e redes e grupo condutor

Para avaliar a implantação da RCPCD, foram elaborados roteiros de entrevista sobre ações e atribuições previstas no âmbito de cada grupo, comissão ou nível de atenção, definidas pela Portaria n. 793/2012¹⁰. Nesses roteiros também foram abordados aspectos facilitadores e desafios para essa implantação.

Documentos

As portarias de implantação dos grupos condutores estaduais, atas das CIR, atas das CIB, atas dos grupos condutores, planos de ação das CIR, estaduais e municipais, no período de 2012 a 2018, foram pesquisados na internet. Os documentos não encontrados foram solicitados aos órgãos ou comissões competentes, tais como CIR, CIB, grupos condutores e secretarias municipais de saúde.

Matriz de medidas

O grau de implantação consiste na medida dos componentes realmente implantados do programa, considerando os padrões quantitativos e qualitativos esperados na produção dos efeitos¹, e a matriz de medidas é um instrumento que permite fazer essa avaliação.

A matriz do presente estudo está sendo elaborada com base no artigo 5º da Portaria Normativa n. 793/2012¹⁰, utilizando-se as fases da operacionalização da implantação descrita nela e as ações preconizadas em cada fase. Após isso, um comitê de especialistas avaliará, julgará cada ação em grau importância e atribuirá pesos diferentes a cada uma delas. Cada estado, com os subsídios fornecidos pela análise documental, questionários e entrevistas com atores-chave, julgará o cumprimento ou não de cada ação que constará na matriz e seus respectivos pesos. Isso gerará uma pontuação, permitindo classificar os níveis de implantação.

Planejamento analítico

Para os documentos elencados serão feitas extrações sistematizadas de informações relativas à rede, tais como: palavras-chave (deficiência, reabilitação, CER e PcD) e as menções à implantação da rede, cumprimento de pactuações, acompanhamento, avaliação e monitoramento. As entrevistas com os atores-chave no processo de implantação da RCPCD serão transcritas e submetidas à técnica de Análise de Conteúdo²⁸ por meio do *software* Alceste, uma vez que esse programa realiza uma análise léxica das palavras do conjunto de textos, facilitando a organização do material a ser interpretado, bastante extenso no caso das entrevistas com atores dos oito estados²⁹.

Essas etapas servirão para o julgamento na matriz de indicadores que está em fase de construção, a qual subsidiará a definição do grau de operacionalização da implantação da RCPCD.

Os dados quantitativos sobre profissionais e gerentes da Atenção Básica e CER, por sua vez, serão submetidos a procedimentos de estatística descritiva para conhecimento do perfil dos trabalhadores e gestores da RCPCD, além de estatística analítica sobre diversos desfechos relativos à rede. Poderá ser utilizado o grau de operacionalização como variável a ser relacionada com diferentes fatores contextuais e individuais, a fim de explorar associações e aproximações com a implantação da rede nas regiões.

A Portaria n. 793/2012¹⁰ do Ministério da Saúde que institui a RCPCD no SUS servirá de balizador em todas as esferas de análises e elas permitirão a identificação de convergências e divergências entre regiões e estados e o seu impacto no grau de implantação da RCPCD.

Considerações finais

As pesquisas avaliativas em saúde, apesar de serem preconizadas como parte do cotidiano das políticas, ações e serviços, ainda estão em fase incipiente no Brasil. Este artigo evidenciou os desafios e as discussões pertinentes à elaboração de um desenho metodológico para investigação da implantação da RCPCD e seus componentes.

Conforme aponta Mattos³⁰, a “trajetória de construção da pesquisa é muito mais criativa e contingente do que comumente parece ser” (p. 50) e as contingências vivenciadas no percurso metodológico dessa pesquisa impeliram mudanças, no sentido de que pudessem contribuir mais realisticamente para a reflexão sobre o cuidado à saúde das pessoas com deficiência. Observou-se que nas avaliações em saúde é necessária flexibilidade nos métodos e instrumentos para que se adéquem à realidade da política e dos serviços a fim de extrair informações valiosas a serem analisadas e evidenciadas dentro dos resultados da avaliação, e que efetivamente subsidiem os gestores e demais atores que operam a política/ação avaliada.


A realização de um estudo multicêntrico, utilizando método híbrido qualitativo e quantitativo por meio de roteiros de entrevistas, questionários estruturados e análise documental, permite um estudo aprofundado dos aspectos relevantes do grau de implantação da rede, das articulações, pactuações e da existência de protocolos e diretrizes. Esse desenho metodológico permitirá analisar as divergências, convergências e determinantes



contextuais do grau de implantação entre regiões de saúde e estados participantes, subsídio importante para produção de informações que auxiliem tomadas de decisão e gerem ações efetivas por atores da RCPCD, objetivo principal das avaliações em saúde.

Autores

Silvia Lanzioti Azevedo da Silva^(f)

<silviafisiojf@yahoo.com.br> 

Tiótrefis Gomes Fernandes^(g)

<tiotrefis@ufam.edu.br> 

Ana Carolina Basso Schmitt^(h)

<carolinaschmitt@usp.br> 

Filiação

^(d) Instituto Integrado de Saúde, Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS, Brasil.

^(e) Departamento de Fisioterapia, Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Bahia. Salvador, BA, Brasil.

^(f) Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Juiz de Fora. Juiz de Fora, MG, Brasil.

^(g) Curso de Fisioterapia, Faculdade de Educação Física e Fisioterapia, Universidade Federal do Amazonas. Manaus, AM, Brasil.

^(h) Departamento de Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional, FM, USP. São Paulo, SP, Brasil.

Contribuições dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico Tecnológico (CNPq) por meio da Chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD Nº 35/2018, processo nº 442788/2018-5.

Agradecimentos

À Redecin Research Group: grupo de pesquisa composto por Angela Kamel Zanella (Universidade Federal do Pampa – RS), Larissa Riani Costa Tavares (Universidade Federal de São Carlos – SP), Neidimila Aparecida Silveira (Universidade Federal de Alfenas – MG), Adriane Pires Batiston (Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – MS), Grace Kelly Filgueiras Freitas (Universidade Federal do Espírito Santo – ES), Fernando Zanela da Silva Arêas (Universidade Federal do Espírito Santo - ES), Mariana Batista Ribeiro (Universidade Federal do Espírito Santo - ES), Milena Maria Cordeiro de Almeida (Universidade Federal da Bahia – BA), Ayrles Silva Gonçalves Barbosa Mendonça (Universidade Federal do Amazonas – AM).

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editora associada

Aylene Emilia Moraes Bousquat

Submetido em

05/11/20

Aprovado em

26/04/21

Referências

1. Champagne F, Brouselle A, Hartz Z, Contandriopoulos AP, Hartz Z, Denis JL. A análise de implantação. In: Brouselle A, Champagne F, Contandriopoulos, Hartz Z, organizadores. Avaliação: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2011. p. 217-38.
2. World Health Organization. How to use the ICF: a practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Internet]. Geneva: WHO; 2013 [citado 11 Jun 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/classifications/drafticfpracticalmanual2.pdf?ua=1>
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Censo Demográfico 2010 Nota técnica 01/2018: releitura dos dados de pessoas com deficiência no Censo Demográfico 2010 à luz das recomendações do Grupo de Washington [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2018 [citado 20 Abr 2020]. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/metodologia/notas_tecnicas/nota_tecnica_2018_01_censo2010.pdf
4. Brasil. Senado Federal. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988.
5. Brasil. Presidência da República. 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. Diário Oficial da União. 20 Set 1990.
6. Barros FBM. Poliomielite, filantropia e fisioterapia: o nascimento da profissão de fisioterapeuta no Rio de Janeiro dos anos 1950. Cienc Saude Colet. 2008; 13(3):941-54.
7. Magalhães Júnior HM. Redes de atenção à saúde: rumo à integralidade. Divulg Saude Debate. 2014; (52):15-37.

8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Pesquisa nacional de saúde 2013 [Internet]. Rio de Janeiro: IBGE; 2013 [citado 20 Abr 2020]. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/pesquisa/pns>
9. Brasil. Presidência da República. Decreto nº 7.612, 17 de Novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. Diário Oficial da União. 18 Nov 2011.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 Abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União. 25 Abr 2012.
11. Machado WCA, Pereira JS, Schoeller SD, Júlio LC, Martins MMFP, Figueiredo NMA. Integralidade na rede cuidados à pessoa com deficiência. *Texto Contexto Enferm*. 2018; 27(3):1-9.
12. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF. Percepções sobre a rede de cuidados à pessoa com deficiência em uma região de saúde. *Saude Debate*. 2018; 42(117):455-67.
13. Escarce AG, Friche AAL, Reis RA, Santos MFN, Cintra G, Maciel FJ, et al. Implementação de um projeto de avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. *Disturb Comum*. 2017; 29(4):772-81.
14. Yin R. Estudo de caso: planejamento e métodos. 5a ed. Porto Alegre: Bookman; 2015.
15. Denis J, Champagne F. Análise de implantação. In: Hartz ZMA, organizador. *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1997. p. 49-88.
16. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Informação em saúde a serviço da sociedade. In: Ministério da Saúde, ABRASCO. *Uso e disseminação de informações em saúde - subsídios para elaboração de uma política de informações em saúde para o SUS*. Brasília: Abrasco; 1994. p. 27-44.
17. Silveira Filho RM, Santos AM, Carvalho JA, Almeida PF. Ações da Comissão Intergestores Regional para gestão compartilhada de serviços especializados no Sistema Único de Saúde. *Physis*. 2016; 26(3):853-78.
18. 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). Diário Oficial da União. 31 Dez 2010.
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Diário Oficial da União. 23 Fev 2006.
20. Tanaka OY. Avaliação em Saúde: novos tempos, novas construções. In: Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL, organizadores. *Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017. p. 1-10.
21. Minayo MCS, Assis SG, Souza ER. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagens de programas sociais*. 3a ed. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2010.
22. Viera CS, Bugs BM, Gaiva MAM, Toso BRGO. Descrição do uso do método misto integrativo na enfermagem neonatal. *Rev Esc Enferm USP*. 2019; 53:e03408.
23. Wisdom JP, Cavaleri MA, Onwuegbuzie AJ, Green CA. Methodological reporting in qualitative, quantitative, and mixed services research articles. *Health Serv Res*. 2012; 47(2):721-45.



24. Lima MLLT, Lima MLC. Avaliação da implantação de uma Rede Estadual de Reabilitação Física em Pernambuco na perspectiva da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, 2009. *Epidemiol Serv Saude*. 2013; 22(4):597-607.
25. Almeida AMFL, Chaves SCL. Avaliação da implantação da atenção à pessoa com fissura labiopalatina em um centro de reabilitação brasileiro. *Cad Saude Colet*. 2019; 27(1):73-85.
26. Cruz MM. Avaliação de políticas e programas de saúde – contribuições para o debate. In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 285-318.
27. Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. A Rede de Cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface (Botucatu)*. 2015; 19(52):207-10.
28. Bardin L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Almeida Brasil; 2016.
29. Azevedo DM, Costa RKS, Miranda FAN. Uso do Alceste na análise de dados qualitativos: contribuições na pesquisa em enfermagem. *Rev Enferm UFPE*. 2013; 7 Esp:5015-22.
30. Mattos RA. Breves reflexões sobre os caminhos da pesquisa In: Mattos RA, Baptista TWF, organizadores. *Caminhos para análise das políticas de saúde*. Porto Alegre: Rede Unida; 2015. p. 403-16.



This article presents the methodological path of the Redecin study - Evaluation of the Implementation of the Care Network for People with Disabilities (RCPCD) in Brazil. We conducted a multicentric cross-sectional study adopting a hybrid design involving quantitative instruments (document analysis and structured questionnaires) and qualitative methods (interviews with key informants about the implementation of the RCPCD). After discussions with informants from the Ministry of Health and research group, a health region/macro region configuration was adopted, involving all the components of the RCPCD described in the Ministerial Order that created the network. The study was shown to be representative in eight states in the country's five geographical regions. The use of a hybrid design and multiple evidence sources, and the incorporation of the concept of health care network were fundamental to structuring the evaluation as an instrument that aims to support health care decision-making processes.

Keywords: People with disabilities. Rehabilitation. Public health policies. Health evaluation. Brazilian National Health System.

El objetivo de este artículo es presentar la trayectoria metodológica del estudio Redecin – Evaluación de la implantación de la Red de Cuidados a la Persona con Discapacidad (RCPCD) en Brasil. Se trata de un estudio multicéntrico, transversal, de delineación híbrida, envolviendo instrumentos cuantitativos, por medio de análisis documental y cuestionarios estructurados y cualitativos, con entrevistas de actores-clave sobre la implantación de la RCPCD. Después de discusiones con actores del Ministerio de la Salud y del grupo de investigación, se adoptó la configuración de región/macrorregión de salud, envolviendo a todos los componentes de la red que se describen en el decreto administrativo que constituye esta red. El estudio tiene representatividad en ocho estados en las cinco regiones geográficas brasileñas. El uso del método híbrido, las múltiples fuentes de evidencias y la incorporación del concepto de Red de Atención de la Salud fueron fundamentales para estructurar una evaluación en la condición de instrumento que anhela subsidiar procesos de toma de decisión en salud.

Palabras clave: Personas con discapacidad. Rehabilitación. Políticas públicas de salud. Evaluación en salud. Sistema Brasileño de Salud.