



**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE**

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

RAPHAELA DI CAVALCANTI SALES

**A REDE DE CUIDADOS AOS USUÁRIOS PORTADORES DE
DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: UM
ESTUDO DE AVALIABILIDADE NO MUNICÍPIO DE
RECIFE – PERNAMBUCO.**

RECIFE
2016

RAPHAELA DI CAVALCANTI SALES

A rede de cuidados aos usuários portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: um estudo de avaliabilidade no município de Recife – Pernambuco.

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde.

Linha de Pesquisa: Avaliação das Intervenções de Saúde

Orientadora: Profa. Isabella Chagas Samico

Coorientadora: Profa. Greciane Soares da Silva

RECIFE
2016

Ficha Catalográfica
Preparada pela Biblioteca Ana Bove
Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP

S163r Sales, Raphaela Di Cavalcanti

A rede de cuidados aos usuários portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: um estudo de avaliabilidade no município de Recife - Pernambuco / Raphaela Di Cavalcanti Sales; orientadora Isabella Chagas Samico ; coorientadora Greciane Soares da Silva – Recife : Do Autor, 2016.

83 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira, 2016.

1. Doença pulmonar obstrutiva crônica. 2. Assistência à saúde. 3. Avaliação em saúde. I. Isabella Chagas Samico, orientadora. II. Greciane Soares da Silva, coorientadora. III. Título.

CDD 616.24

RAPHAELA DI CAVALCANTI SALES

A rede de cuidados aos usuários portadores de doença pulmonar obstrutiva crônica: um estudo de avaliabilidade no município de Recife – Pernambuco.

Dissertação apresentada ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Avaliação em Saúde

Aprovada em 30 de março de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Dr Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo – Faculdade de Medicina de Olinda

Dra Luciana Santos Dubeux - IMIP

Dra Isabella Chagas Samico – IMIP

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha mãe Fabíola,
meu super pai João,
minhas irmãs Manuela e Marcela,
Fábio meu amor, minha filha Clara,
minha Dedei e a toda minha família que,
com muito carinho e apoio, não mediram esforços
para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.
Sem vocês, nada seria possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço verdadeiramente a todos que de alguma forma contribuíram para elaboração deste trabalho. À Prof^ª. Isabella Samico e à Prof^ª. Greciane Soares pelo apoio, confiança, paciência, e atenção durante todo o percurso deste trabalho, doando muito do vosso tempo acreditando na minha formação e crescimento profissional;

Agradeço à minha família e aos meus amigos pela força nas horas mais difíceis e compreensão da minha ausência em momentos especiais;

Agradeço à Secretaria Municipal de Saúde do Recife e a todos os participantes do estudo pela disponibilidade, interesse e contribuição com o estudo.

EPÍGRAFE

"O conhecimento exige uma presença curiosa do sujeito em face do mundo.
Requer uma ação transformadora sobre a realidade.
Demanda uma busca constante.
Implica em invenção e em reinvenção".
Paulo Freire

RESUMO

Objetivo: Realizar um estudo de avaliabilidade da rede de cuidados aos usuários portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC na cidade do Recife, almejando caracterizar os componentes fundamentais para o funcionamento dessa rede e descrever se os objetivos e a operacionalização da intervenção estão explícitos para os envolvidos com a mesma. **Métodos:** Foi realizado um Estudo de Avaliabilidade (EA) no município do Recife, em três fases: 1) construção do modelo lógico da Rede de Cuidados ao Paciente com DPOC, utilizando análise dos documentos oficiais e consulta a especialistas; 2) realização da Conferência de Consenso a respeito do referido modelo lógico, escolhida por conciliar tanto a discussão aberta entre os especialistas como a preservação do anonimato; e a 3) identificação de possíveis perguntas avaliativas para futuras avaliações, a partir da provocação temática problematizada durante todo o processo. **Resultados:** Participaram do estudo 21 especialistas. Permaneceram no modelo lógico todos os itens considerados importantes consensualmente, (Média acima de 7,0 e Desvio Padrão menor que 3,0). O componente referente à atenção especializada foi considerado o mais importante (Média = 9,1 e DP = 1,75) pelos conferencistas, sendo a reabilitação respiratória sua atividade com maior dissenso entre os participantes (DP=2,98). A atenção básica foi o que apresentou maior dissenso (DP=1,96), provocado pela pouca clareza de suas atribuições e potencialidades no cuidado ao paciente com DPOC. **Conclusões:** Este EA mostrou-se importante não só pela contribuição do melhor entendimento da rede de cuidados aos usuários com DPOC em Recife, como também da própria patologia e pela capacidade de promover o diálogo entre os diferentes atores.

Palavras-chave: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica, Assistência à Saúde, Avaliação em Saúde, Conferência de Consenso.

ABSTRACT

Objective: Conduct an evaluability study of the care network for users with Chronic Obstructive Pulmonary Disease - COPD in Recife, aiming to characterize the fundamental components for the operation of the network and describe whether the objectives and implementation of the intervention are explicit for the stakeholders. **Methods:** We conducted an Evaluability Study (EA) in Recife, in three phases: 1) construction of the logical model of Care Network of Patients with COPD, analyzing official documents and expert consultation. 2) realization of the Consensus Conference regarding the logical model, chosen to reconcile both open discussion among experts as the preservation of anonymity and 3) identification of possible evaluative questions for future evaluations from the thematic provocation problematized throughout the process.

Results: Twenty one experts participated in the study. They remained in the logical model all items considered important consensually (Average above 7.0 and deviation lower standard than 3.0). The component related to specialized care was considered the most important (mean = 9.1, SD = 1.75) by lecturers, and respiratory rehabilitation their activity more dissension among the participants (SD = 2.98). The primary care showed the most dissension (SD = 1.96), caused by the lack of clarity of its responsibilities and potential in the care of patients with COPD. **Conclusions:** This EA was an important contribution not only for the better understanding of the care network users with COPD in Recife, as well as the disease itself and the ability to promote dialogue between the different actors.

Key words: Pulmonary Disease, Chronic Obstructive, Health Care, Health Evaluation, Consensus Development Conference.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
AE	Atenção Especializada
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAB 25	Caderno de atenção Básica
CARMEN	<i>Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmissibles</i>
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DP	Desvio Padrão
DS	Distrito Sanitário
EA	Estudo de Avaliabilidade
ESF	Equipe de Saúde da Família
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GOLD	Iniciativa Global para DPOC (<i>Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease</i>)
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
ML	Modelo Lógico
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PCDT	Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas
PLATINO	Projeto Latino Americano de Investigação em Obstrução Pulmonar
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RPA	Região Político Administrativa
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SERS	Secretaria Executiva de Regulação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LISTA DE TABELAS, QUADROS, FIGURAS

Página

TABELAS

Tabela 1 – Resultado consolidado das avaliações da primeira fase do consenso com os especialistas. Recife – PE, 2016. 43

Tabela 2 - Resultado consolidado das avaliações da segunda fase do consenso com os especialistas. Recife – PE, 2016. 49

QUADROS

Quadro 1 - Estudos de avaliabilidade realizados no Brasil, 2010 - 2015. 23

Quadro 2– Resultado das avaliações da primeira e segunda fases do consenso com os especialistas Componente Atenção Básica. Recife – PE, 2016. 51

Quadro 3– Resultado das avaliações da primeira e segunda fases do consenso com os especialistas Componente Atenção Especializada. Recife – PE, 2016. 52

Quadro 4– Resultado das avaliações da primeira e segunda fases do consenso com os especialistas Componente Sistema de Apoio. Recife – PE, 2016. 53

Quadro 5 – Itens considerados mais importantes (média acima de 9,5) pelos especialistas durante conferência de consenso Recife, Pernambuco, Brasil, 2016. 54

Quadro 6 - Perguntas avaliativas relacionadas à Rede de cuidados aos pacientes portador de DPOC segundo tipo de avaliação. Recife, Pernambuco, Brasil, 2016. 55

FIGURAS

Figura 1 – Divisão territorial, por Distrito Sanitário, do município do Recife, Pernambuco, 2015. 32

Figura 2 – Modelo Lógico da Rede de Cuidados aos usuários portadores de DPOC em Recife – PE, 2016. 42

SUMÁRIO

	Página
I. INTRODUÇÃO	12
1.1 Aspectos gerais e epidemiológicos das Doenças Crônicas Não Transmissíveis.	12
1.2 Políticas de Saúde em relação às DCNT	14
1.3 Estudo de Avaliabilidade	20
II. JUSTIFICATIVA	28
III. OBJETIVOS	30
IV. MÉTODOS	31
4.1 Desenho do estudo	31
4.2 Local do estudo	31
4.3 Período do estudo	32
4.4 População de estudo	33
4.5 Etapas do estudo	33
4.5.1 Construção do modelo lógico	33
4.5.2 Realização de consenso com especialistas	35
4.5.3 Identificação de possíveis perguntas avaliativas	36
4.6 Processamento e Análise dos dados	38
4.7 Considerações éticas	39
V. RESULTADOS	40
VI. DISCUSSÃO	56
VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
VII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63
APÊNDICE	77
APÊNDICE 1- Modelo Lógico Preliminar	78
APÊNDICE 2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
APÊNDICE 3 – Modelo Lógico Final da Rede de Cuidados aos usuários portadores de DPOC em Recife.	80
ANEXO	81
ANEXO 1 - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	82

I. INTRODUÇÃO

1.1 Aspectos clínicos e epidemiológicos das Doenças Crônicas Não Transmissíveis

A evolução da sociedade levou a uma nova rotina dos indivíduos, fruto da industrialização, urbanização, desenvolvimento econômico e globalização do mercado de alimentos, guiando a transição nutricional para uma dieta rica em gordura saturada e açúcares. Entre as DCNT mais prevalentes estão a hipertensão arterial, o diabetes, as neoplasias, as doenças cerebrovasculares e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC) ¹

Das 57 milhões de mortes ocorridas no mundo em 2008, 36 milhões ou 63% foram devidas às DCNT, com destaque para as doenças cardiovasculares, diabetes, neoplasias e as doenças respiratórias crônicas. As principais causas das DCNT incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada. As DCNT são a principal causa de morte, em todas as regiões do mundo, porém, cerca de 80% das mortes por DCNT ocorrem em países de baixa ou média renda e nestes países, cerca de 29% das mortes por DCNT ocorrem em pessoas com menos de 60 anos, enquanto nos países de renda alta apenas 13% são de mortes precoces. Os custos diretos das DCNT para os sistemas de saúde em todo o mundo representam impacto crescente. Segundo o *World Economic Forum*, a carga global das perdas econômicas por DCNT entre 2011 e 2030 é estimada em até 47 trilhões de dólares, o que equivaleria a 5% do produto global bruto do período considerado ^{2,3,4}.

Desde 2005 as estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS) já indicavam aumento da mortalidade por DCNT no Brasil de até 22% em 2015, sendo responsáveis por cerca de 72% das causas de mortes apesar da carga dessas doenças poder ser minimizada pela redução dos seus fatores de risco, diagnóstico precoce e tratamento oportuno ^{5,6}.

No Brasil, as DCNT também são as responsáveis pelas maiores taxas de morbimortalidade e pela maior proporção das despesas com assistência ambulatorial e hospitalar. Caracterizam-se por ter etiologia incerta, múltiplos fatores de risco, curso prolongado, origem não infecciosa e por estarem associadas a deficiências ou incapacidades funcionais ⁷.

Dentre as DCNT, destaca-se a DPOC, uma doença respiratória crônica com repercussões sistêmicas, comum, prevenível e tratável, caracterizada por limitação progressiva parcialmente reversível do fluxo aéreo, associado à resposta inflamatória anormal à inalação de partículas ou gases tóxicos. O processo inflamatório crônico pode produzir alterações dos brônquios e do parênquima pulmonar. A predominância destas alterações é variável em cada indivíduo, tendo relação com os sintomas apresentados. As alterações dos brônquios são caracterizadas pela bronquite crônica, que é definida clinicamente pela presença de tosse e expectoração na maioria dos dias por no mínimo três meses/ano durante dois anos consecutivos. Já o comprometimento do parênquima pulmonar é denominado enfisema pulmonar e é definido anatomicamente como o aumento dos espaços aéreos distais ao bronquíolo terminal, com destruição das paredes alveolares ⁸.

Segundo a OMS, a DPOC é a quarta principal causa de morte, depois do infarto do miocárdio, câncer e doença cerebrovascular. Entre as principais causas de morte, é a única que está aumentando, passou de 7,88 em cada 100.000 habitantes na década de 1980, para 19,04 em cada 100.000 habitantes na década de 1990, prevendo-se que se torne a terceira em

2020, devido ao tabagismo nos países em desenvolvimento, em conjunto com o envelhecimento da população ⁹.

Entre os anos de 2000 e 2010, a DPOC foi a quinta maior causa de internação no Sistema Único de Saúde (SUS) em maiores de 40 anos, com cerca de 200.000 hospitalizações e gasto anual aproximado de 72 milhões de reais ¹⁰.

Em Pernambuco, em 2012, as doenças do aparelho respiratório encontravam-se entre as quatro maiores causas de morte, representando 11,2% de todos os óbitos no estado. As quatro primeiras causas foram: as doenças do aparelho circulatório com 30%, as neoplasias/tumores com 13,3% e as causas externas de morbidade e mortalidade com 13,1%. Dos 6.370 óbitos causados pelas doenças do aparelho respiratório no ano de 2012 em Pernambuco, 1.586 foram pela DPOC, o que representa 24% destes óbitos. ¹¹.

Em Recife, no ano de 2012, as doenças do aparelho respiratório apresentaram-se como a terceira maior causa de morte, representando 14,3% de todos os óbitos no município. As doenças do aparelho circulatório representaram 28,5% dos óbitos, as neoplasias/tumores 16,5% e as causas externas de morbidade e mortalidade ocupa o quarto lugar com 14%. Em Recife, no mesmo ano, dos 1.442 óbitos causados pelas doenças do aparelho respiratório, 295 foram por DPOC (20%) ¹¹.

1.2 Políticas de Saúde em relação às DCNT

As ações ou intervenções para enfrentamento das DCNT tiveram início na década de 1970 do século XX, com o Projeto North Karelia, na Finlândia, e desde então vários outros

projetos foram desenvolvidos em todo o mundo com o objetivo de promover mudanças comportamentais que reduzissem os fatores de risco para as DCNT, que são definidas como afecções de saúde que acompanham os indivíduos por longo período de tempo, podendo apresentar momentos de piora (episódios agudos) ou melhora sensível. Em 2002 a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) criou o *Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de Enfermedades No transmissibles* (CARMEN), com o objetivo principal de promover coalizões locais e nacionais no intuito de estabelecer políticas e implementar intervenções com abordagens integradas para redução dos fatores de risco para DCNT¹.

Diante do impacto das DCNT e da complexidade do seu seguimento, em setembro de 2011, foi realizada a reunião de alto nível da Organização das Nações Unidas (ONU), da qual participaram os chefes de estado dos países-membros para discutir este tema de saúde. Essa reunião foi considerada um marco histórico e estratégico, pois, em geral, as assembleias são para eleger os membros importantes, ou ainda relacionadas a acordos de paz entre os países, desarmamento, exercício dos direitos humanos, metas para o desenvolvimento do milênio. Esta reunião resultou em uma declaração política, na qual os países-membros se comprometeram a trabalhar para deter o crescimento das DCNT com ações de prevenção dos seus principais fatores de risco e garantia da atenção adequada à saúde de seus pacientes. A OMS foi instada a elaborar um conjunto de metas e indicadores para que os avanços na resposta às DCNT pudessem ser monitorados¹².

Ao se preparar para a reunião de alto nível da ONU em 2011, o Brasil assumiu o compromisso de prevenção e cuidado com as DCNT e lançou o ‘Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, 2011-2022’,

que define e prioriza as ações e os investimentos necessários à preparação do país para enfrentar e deter as DCNT e seus fatores de risco até 2022 ⁵.

Em sintonia com Schimidt e colaboradores, ¹³ que sinalizaram a necessidade de fortalecimento do sistema de saúde brasileiro para oferecer assistência aos portadores de DCNT mediante modelos de atenção a condições crônicas com base em experiências locais exitosas; expansão e qualificação da Estratégia Saúde da Família (ESF); acesso ampliado a medicamentos custo-efetivos; maior comunicação entre a atenção básica e outros níveis de cuidado, o plano aborda os quatro principais grupos de doenças (cardiovasculares, câncer, respiratórias crônicas e diabetes) e seus fatores de risco modificáveis em comum (tabagismo, álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade), e define três diretrizes estratégicas ou eixos de atuação: I. Vigilância, Informação, Avaliação e Monitoramento; II. Promoção da Saúde; e III. Cuidado Integral. O Plano também definiu metas e compromissos a serem assumidos pelo país, como por exemplo modelos de atenção aos portadores de DCNT que priorizam diversas ações articuladas em linhas de cuidados, em todo o ciclo vital, no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool. A maior possibilidade de impacto na prevenção de doença respiratória crônica é o controle do tabagismo. Estima-se que fumar cause, aproximadamente, 70% dos cânceres de pulmão, 42% das doenças respiratórias crônicas e cerca de 10% das doenças do aparelho circulatório ^{13,14,15}.

Em 1998, visando atrair mais atenção para a DPOC, o seu tratamento e sua prevenção, um grupo de cientistas incentivou o *US National Heart, Lung, and Blood Institute* e a OMS a formarem a Iniciativa Global para DPOC (*Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease - GOLD*). Dentre os objetivos principais da GOLD esteve o de

ampliar o conhecimento da DPOC, com publicações bianuais, para auxiliar os milhões de pessoas que sofrem com essa doença, e suas complicações ¹⁶.

O projeto “Saúde Brasil 2030”, que foi conduzido pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) em 2012, e que é complementar ao Plano Nacional, atribui às doenças respiratórias crônicas, em especial a DPOC e asma importantes contribuições à carga global de mortalidade e de morbidade nacional, e propõem uma combinação de medidas de prevenção efetivas e acesso tanto a serviços de saúde quanto ao tratamento adequado para a redução das taxas de morbidade e mortalidade deste grupo de patologias ¹⁷.

No Plano de Ações Estratégicas e no Projeto Saúde Brasil 2030 é utilizada a prevalência para DPOC encontrada no Projeto Latino Americano de Investigação em Obstrução Pulmonar (PLATINO), que chegou ao resultado de 15,8% na cidade de São Paulo em 2009, e assume a DPOC como a quarta causa de internação em pessoas com idade superior a 40 anos ^{17,18}.

As normas publicadas no Brasil, tais como o Consenso Brasileiro de Pneumologia sobre DPOC em 2004, o Caderno de Atenção Básica em 2010 (CAB 25), e o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas em 2012, valorizam a coordenação e os cuidados dos diferentes níveis de atenção das redes de serviços, 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 ao usuário com DPOC, coordenada pela atenção primária à saúde e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população ^{8,19}.

O Consenso Brasileiro de Pneumologia sobre DPOC descreveu a função do médico generalista/clínico geral, na figura do médico da equipe de saúde da família, como responsável pelo diagnóstico precoce e acompanhamento do usuário portador de DPOC no

Estádio I – Leve e Estádio II – Moderada, para garantir o cuidado integral ao paciente. Os usuários portadores de DPOC no Estádio III – Grave e Estádio IV – Muito grave, devem ser acompanhados por especialistas devido ao grau de limitações das atividades de vida diária. O diagnóstico é para ser feito diante de sinais e sintomas respiratórios crônicos, na presença de fatores de risco para a doença. Estão entre os fatores de risco envolvidos para o desenvolvimento da doença: o tabagismo, que é o mais comum dos fatores de risco encontrados para DPOC, a exposição ocupacional, que inclui poeiras químicas orgânicas e agentes químicos, a poluição intradomiciliar, tal como lenha, excremento animal, resíduos de colheita e carvão incinerados em locais abertos ou em fogões com mau funcionamento (quase 3 bilhões de pessoas no mundo usam biomassa e carvão como recurso principal de energia na cozinha, aquecimento e outras necessidades domésticas), história de grave infecção respiratória na infância que também tem sido associada com redução da função pulmonar e aumento de sintomas respiratórios no adulto ¹⁹.

O Caderno da Atenção Básica, publicado em 2010, traz além da divisão dos cuidados, o conceito da atenção primária enquanto coordenadora e responsável pela atenção ao usuário portador de DPOC, os medicamentos a serem utilizados em cada estágio e todas as ferramentas tecnológicas para diagnóstico precoce, prevenção e promoção da saúde. Em 2012 após consulta pública do SUS, o Ministério da Saúde aprovou o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas – DPOC, contendo o conceito geral da doença, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação ^{8,19,20}.

Assim, considerando as normas e publicações brasileiras previamente citadas, o sistema de saúde está organizado em unidades de saúde que oferecem cuidados de saúde

fragmentados por nível de complexidade e organizados pelas redes de atenção à saúde (RAS).

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculados entre si por objetivos comuns e por ação cooperativa e interdependente, cuja composição é formada por três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Assim, permite ofertar atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, por custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada ²¹.

No tocante à DPOC no Brasil, esta rede é disposta de forma segmentada e os mecanismos e estratégias para compartilhamento de informações sobre os usuários ou a coordenação do acesso aos diferentes níveis de atenção não são abordados ^{9,20,21}. A atenção básica (AB), de alta acessibilidade e baixa complexidade tecnológica, lida com a resolução de problemas comuns da população, a promoção da saúde e prevenção de doenças,²² é responsável pelo acompanhamento e seguimento do usuário, facilitando a adesão ao tratamento, pelo diagnóstico precoce do usuário portador de DPOC, por estimular hábitos de vida saudável, especialmente o abandono do hábito de fumar e evitar o surgimento de novos usuários do tabaco. A assistência especializada (AE) concentra recursos diagnósticos e terapêuticos com maior densidade tecnológica e assim é responsável pelo estadiamento da gravidade da doença e outras alternativas para quando a resposta à conduta terapêutica não ocorre como esperado ²¹.

1.3 Estudo de Avaliabilidade

Brousselle e colaboradores ²² definem que avaliar consiste fundamentalmente em fazer um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado da aplicação de critérios e de normas (avaliação normativa) ou se elaborar a partir de um procedimento científico (pesquisa avaliativa).

Vieira-da-Silva ²³ reforça a definição de Brousselle e colaboradores ²⁸ de que avaliação em saúde consiste em um julgamento que se faz sobre uma intervenção sanitária (seja ela uma política, um programa ou uma prática), voltada para a resolução de problemas de saúde, visando aferir o mérito, esforço ou valor da referida intervenção ou de seu produto, com o objetivo de aperfeiçoamento ou modificação, sendo assim um dos componentes do processo de gestão.

Qualquer intervenção pode sofrer uma avaliação. Pode-se estudar cada um dos componentes da intervenção em relação a normas e critérios, a avaliação normativa, que consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura) e procura responder em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os resultados esperados; os serviços ou os bens produzidos (processo) cujo objetivo é definir se os serviços são adequados para atingir os resultados esperados, e se os resultados obtidos estão de acordo com os objetivos da intervenção, de acordo com os critérios e normas vigentes ²⁴.

Dois pontos são convergentes entre os diversos autores que escrevem sobre avaliação: avaliar é fazer um julgamento de valor e a avaliação precisa ter claro pelo menos um objetivo: subsidiar a tomada de decisões. Portanto, desde o período de planejamento de um novo programa / intervenção se faz necessário uma cuidadosa e explícita conceitualização dos objetivos, uma clara definição e mensuração das atividades necessárias

para o alcance das metas e a existência de uma relação lógica entre os objetivos, as atividades, os resultados e a situação problema a ser enfrentada, esclarecimento dos objetivos do programa e as metas, desenvolvimento da teoria do programa incluindo o modelo lógico e as medidas de desempenho, sensibilização das partes interessadas e compreensão do programa^{24,25}.

Dentre os tipos de estudos de avaliação em saúde, está o estudo de avaliabilidade, que foi descrito por Joseph Wholey em 1970. Seu conceito de avaliação estava relacionado à gestão orientada pelos resultados, que estabelece um programa realista, mensurável, orientado para os resultados, sobre como o programa é gerenciado e seus objetivos para a avaliação e monitoramento²⁶.

Vieira-da-Silva²³, baseada na Organização Pan Americana de Saúde para a análise de situações de saúde, aponta que os estudos de avaliabilidade apresentam objetivos comuns aos estudos de análise estratégica e lógica, tais como: 1) identificar se os objetivos do programa estão claramente definidos; 2) analisar as relações entre problemas, objetivos e atividades (verifica-se a plausibilidade das atividades para resolver os problemas tendo em vista os seus determinantes)²⁴.

Além destes objetivos, o estudo de avaliabilidade acrescenta outros, voltados para saber se a avaliação é factível e quais as suas prioridades: 1) identificar se há concordância entre os diversos profissionais acerca dos objetivos, metas e população-alvo da intervenção; 2) verificar se há dados disponíveis para a avaliação ou se estes podem ser obtidos a um custo razoável; 3) averiguar se os formuladores de políticas ou gestores estão aptos ou dispostos a usar as informações da avaliação para mudar / aperfeiçoar a intervenção^{23,27}.

A análise de avaliabilidade é um processo cíclico recomendado para identificar necessidades de conhecimento e informação das partes interessadas, a fim de sugerir o foco e os métodos da avaliação, assegurar a sua viabilidade e utilidade da avaliação para melhorar a intervenção, sendo assim, útil para os gestores, e que pode ser dividido em diversas etapas. Vedung ²⁸ divide este tipo de avaliação em seis passos: 1) preparação do modelo lógico ou teórico da intervenção baseado nos documentos, 2) entrevistas com informantes-chaves para captar as percepções acerca da intervenção, 3) observar a intervenção de perto, 4) desenvolver um modelo de avaliação para a intervenção, 5) identificar quem fará uso da avaliação, 6) chegar a um acordo para prosseguir com a avaliação.

Para Leviton e colaboradores²⁹ a análise de avaliabilidade pode ser desenvolvida em quatro etapas: 1) Clarificação dos objetivos da intervenção, realizado pela revisão dos seus documentos e por entrevistas com os *stakeholders*, 2) desenvolvimento do modelo lógico da intervenção, seguidos da apresentação para os interessados, 3) comparação da realidade da intervenção com o modelo, 4) revisão do mesmo e elaboração das recomendações para identificar áreas para o melhoramento da intervenção ou identificar componentes da intervenção que podem ser avaliados ou ainda identificar quais questões avaliativas são úteis e praticáveis.

Natal e colaboradores ²⁷ identificaram a tendência de aumento de publicações sobre avaliabilidade e em sua revisão até 2009 localizaram vinte e três estudos de avaliabilidade nacionais e disponíveis eletronicamente. Neste estudo, ao realizar a busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) por estudos de avaliabilidade nacionais entre os anos de 2010 e 2015, foram encontrados quatorze artigos, três dissertações e uma tese, conforme segue no quadro 1.

Os estudos encontrados utilizaram a metodologia de pesquisa documental e entrevistas com informantes-chaves, grupo focal ou alguma técnica de consenso e o objetivo foi de ampliar a compreensão sobre a intervenção, maximizar a utilidade da avaliação, elaboração do modelo lógico, da matriz de medidas e julgamento e recomendações necessárias com vistas a posteriores estudos avaliativos, semelhantes aos resultados encontrados por Natal e colaboradores ²⁷. Ao realizar a busca, na mesma base de dados e no mesmo período com o termo “Pré-Avaliação”, foram encontrados dez artigos, destes apenas quatro se referem a estudos de avaliação em saúde e apenas um não havia sido encontrado anteriormente na busca realizada utilizando o termo “avaliabilidade”. Ao analisar as intervenções avaliadas pelos estudos, nenhum abordou a DPOC ou qualquer outra doença crônica não transmissível como tema principal.

Quadro 1 - Estudos de avaliabilidade realizados no Brasil, 2010 - 2015.

Autor	Título	Objetivos	Técnicas de coleta
Medeiros, <i>et al</i> ³⁰ 2010	Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil.	Explicitar os objetivos do programa e sua operacionalização para os envolvidos no programa, responder ao problema de saúde que o originou, para definir os aspectos do programa a serem avaliados.	Levantamento e pré-análise dos documentos em potencial para o estudo e validação do modelo pelos informantes-chave.
Natal, <i>et al</i> ²⁷ 2010	Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde.	Descrever a intervenção, desenvolver o modelo lógico do programa o modelo teórico da avaliação bem como a identificação das perguntas para o estudo de avaliação realizado posteriormente.	Análise documental, entrevistas e discussão com o gestor e os técnicos da CGDEP/SVS/MS.

Costa, <i>et al</i> ³¹ 2010	Programa nacional de eliminação da hanseníase: um estudo sobre a avaliabilidade do programa e das suas ações em âmbito estadual e municipal.	Desenvolver pesquisas científicas que, de fato, avaliem o Programa de maneira sistemática.	Análise documental e roteiro de entrevista semiestruturado.
Guerrero, 2010 ³² [dissertação]	Avaliabilidade do pacto pela redução da mortalidade infantil nas regiões Amazônia legal e nordeste do Brasil: descrição do programa e construção do modelo lógico.	Elaborar o modelo lógico, a matriz de medidas e julgamento e recomendações necessárias com vistas a posteriores estudos avaliativos.	Documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde, reunião Sistemática para Monitoramento e Avaliação
Decotelli, ³³ 2011 [dissertação]	Direitos humanos e Aids: avaliação de implementação das assessorias jurídicas de organizações não governamentais no Brasil.	Elaborar o modelo lógico, a matriz de medidas e julgamento e recomendações necessárias com vistas a posteriores estudos avaliativos.	Análise de documentos do programa, desenvolvimento da teoria do programa, entrevista com os stakeholders.
Esther ³⁴ <i>et al</i> 2011	Modelos lógicos provenientes de estudo de avaliabilidade da assistência farmacêutica para pessoas vivendo com HIV/Aids.	Criar de modelos lógicos que permitam avaliar periodicamente a satisfação do usuário e contribuir para futuras avaliações	Análise documental, entrevistas com informantes-chave (gestores, funcionários e usuários)
Damasceno, Abbad e Meneses ³⁵ 2012	Modelos lógicos e avaliações de treinamentos organizacionais	Elaborar o Modelo Lógico para subsidiar a avaliação da efetividade de treinamentos.	Entrevistas e pesquisa documental para elaboração do Modelo Lógico do treinamento e grupo focal para validação do Modelo Lógico.

Oliveira, Natal e Camacho ³⁶ 2012	O programa de controle da tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros	Aperfeiçoar a futura avaliação e formalizar acordo entre o avaliador e os sujeitos da avaliação sobre os aspectos mais importantes do programa.	Análise documental, entrevistas e discussão com representantes da coordenação de saúde do sistema penitenciário e diretores de saúde.
Bezerra, <i>et al.</i> ³⁷ 2012	Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS	Elaborar o modelo lógico, a matriz de medidas e julgamento e recomendações necessárias com vistas a posteriores estudos avaliativos.	Análise documental de publicações oficiais relativas à política ParticipaSUS e oficinas de trabalho sistematizadas com os profissionais técnicos e gestores.
Silva <i>et al.</i> ³⁸ 2012	Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil	Construir o modelo lógico, estabelecer o consenso com os interessados sobre os elementos-chave do modelo lógico para avaliações futuras e desenvolver matriz de critérios/indicadores e de questões avaliativas.	Análise documental e Consenso (Conferência de Consenso).
Rocha e Uchoa ³⁹ 2013	Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade	Construir modelo lógico, matriz das dimensões de análise e relevância dos indicadores, formular perguntas avaliativas, indicar do desenho da avaliação e recomendações para a realização da avaliação do programa.	Análise documental e Consenso (grupo nominal).
Pereira, 2013 ⁴⁰ [dissertação]	Monitoramento do desempenho dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: buscando a qualificação da gestão	Elaborar o modelo lógico, a matriz de medidas e julgamento e recomendações necessárias com vistas a posteriores estudos	Pesquisa documental e entrevista com atores chave

		avaliativos.	
Coelho ⁴¹ <i>et al</i> 2014	Atenção à tuberculose: estudo de avaliabilidade	Verificar se o Programa de Controle da Tuberculose é avaliável e examinar a viabilidade de construção de modelo avaliativo.	Análise documental, entrevista com informantes-chave e Grupo Nominal.
Oliveira ⁴² 2014 [tese]	Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros	Verificar a viabilidade operacional e metodológica da pesquisa, preparar um ambiente favorável para a avaliação e aumentar as possibilidades de utilização dos seus resultados.	Análise de documentos e manuais técnicos do programa, entrevistas com informantes-chave.
Nascimento ⁴³ <i>et al</i> 2014	Estudo de Avaliabilidade da política nacional de atenção integral à saúde do homem no município de Sobral, Ceará	Compreender o processo de implantação da política.	Entrevista semiestruturada e os documentos legais da política.
Padilha, Oliveira e Figueiró ⁴⁴ 2015	Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde.	Ampliar a compreensão sobre a intervenção e maximizar a utilidade da avaliação.	Análise documental, entrevista com os informantes-chave; modelização da intervenção; realização de oficina para pactuação do modelo lógico e formulação das perguntas avaliativas.
Pereira, Luiza e Cruz ⁴⁵ 2015	Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade.	Identificar metas e objetivos da intervenção; definir os potenciais envolvidos; identificar e analisar documentos e delinear a intervenção –	Pesquisa documental e a entrevista semiestruturada.

		Modelo Lógico.	
Oliveira ⁴⁶ <i>et al</i> 2015	Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da atenção Básica (ProVaB): desafios para gestão do trabalho.	Maximizar o uso, a potencialidade e a oportunidade da avaliação.	Análise documental, entrevistas com informantes-chave e oficina de trabalho.

No presente estudo a avaliabilidade foi desenvolvida em três fases, adaptado dos estudos de Leviton e colaboradores ²⁹: 1) elaboração do modelo lógico, 2) consenso do modelo lógico e 3) identificação de possíveis perguntas avaliativas para futuras avaliações.

II. JUSTIFICATIVA

Considerando:

- A magnitude da DPOC como a quarta principal causa de morte, depois do infarto do miocárdio, câncer e doença cerebrovascular, sendo entre as principais causas de morte a única que está aumentando.

- A pouca divulgação e publicação dos consensos, normas, diretrizes, protocolos terapêuticos e outras publicações científicas sobre gestão do cuidado do paciente portador de DPOC.

- A necessidade de desenhar a rede de cuidados aos usuários portadores de DPOC.

Este estudo se justifica por:

- Provocar reflexões sobre as responsabilidades e possibilidades de cada nível de atenção na gestão do cuidado desses usuários.

- Ampliar o conhecimento sobre a rede de cuidados aos usuários portadores de DPOC pelos próprios profissionais que a compõem.

- Contribuir para a melhoria das práticas dos profissionais no serviço.

- Promover a viabilidade e a possibilidade de utilização da avaliação para garantir uma rede de cuidados organizada e articulada, capaz de prestar um serviço de qualidade aos usuários.

PERGUNTAS DA PESQUISA:

- Quais são os componentes fundamentais para o funcionamento da rede de cuidados ao usuário portador de DPOC em Recife?

- Os objetivos e a operacionalização da intervenção estão explícitos para os envolvidos com a mesma?

III OBJETVOS

GERAL

Realizar um estudo de avaliabilidade da Rede de cuidados aos usuários portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC na cidade do Recife.

ESPECÍFICOS

1. Elaborar o modelo lógico da Rede de Cuidados aos usuários com DPOC;
2. Consensuar o modelo lógico da Rede de Cuidados aos usuários com DPOC; com os profissionais envolvidos;
3. Identificar possíveis perguntas avaliativas para futuras avaliações.

IV. MÉTODOS

4.1 Desenho do estudo

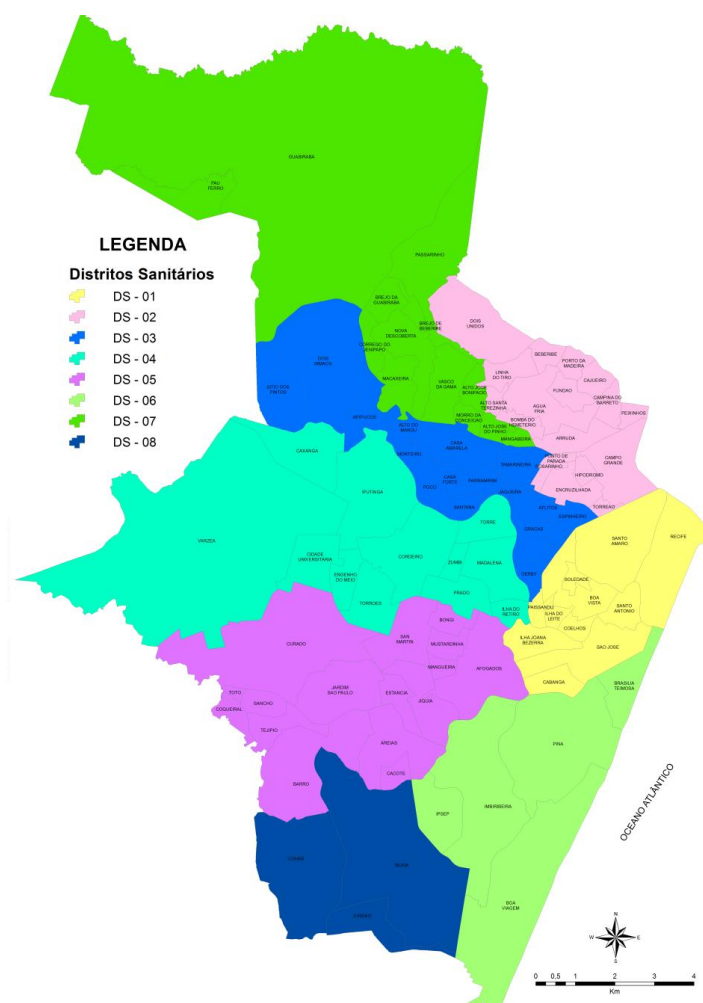
Realizou-se um estudo de avaliabilidade de abordagem descritivo-quantitativa, com apreciação de aspectos relativos à estrutura e ao processo.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no município de Recife, capital do Estado de Pernambuco, região Nordeste do país que, segundo dados do Censo IBGE⁴⁸ apresentava população estimada para 2013 de 1.599.513 habitantes e uma área territorial de 218,435 Km², apresentando uma densidade demográfica de 7.039,6 Hab/Km².

O município está dividido em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA) e oito Distritos Sanitários de Saúde (DS), compondo divisões territoriais entre os seus 94 bairros (figura 1)⁴⁷.

Figura 1 – Divisão territorial, por Distrito Sanitário, do município do Recife, Pernambuco, 2015.



A rede básica de saúde é composta por 257 Equipes de Saúde da Família, cuja cobertura é de 57,6% da população do município, 22 Unidades Básicas Tradicionais, 12 Policlínicas e 15 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁴⁷.

4.3 Período do estudo

O estudo foi realizado no período de outubro de 2014 a janeiro de 2016.

4.4 População do estudo

Foram convidados para participar do estudo os profissionais médicos e enfermeiros da atenção básica que atuam há pelo menos seis meses no território, fisioterapeutas do NASF, fisioterapeutas cardiorrespiratórios, pneumologistas e gestores da saúde do município.

Considerados indivíduos do grupo de interesse ou *stakeholders*, que são definidos como organizações, grupos ou indivíduos que estão de alguma maneira envolvidos ou potencialmente afetados pela intervenção e por eventuais consequências do processo avaliativo.

4.5 Etapas do estudo:

O estudo foi realizado em três etapas: 1) construção do Modelo Lógico da Rede de Cuidados aos Usuários Portadores de DPOC, 2) realização de uma técnica de consenso e 3) identificação de possíveis perguntas avaliativas.

4.5.1) Construção do Modelo Lógico da Rede de Cuidados aos Usuários Portadores de DPOC em Recife

A elaboração do modelo lógico (ML) detalha os componentes de um programa de forma clara e norteadora, permitindo de forma visual a percepção objetiva do funcionamento do mesmo, além de favorecer o entendimento comum acerca do problema que se quer resolver, dos objetivos e resultados esperados e do processo necessário para alcançá-los ⁴⁸.

O ML tem sido utilizado desde o final dos anos 1960, mas entrou em uso crescente desde o ano 2000 por causa da ênfase na gestão por resultados. É uma ferramenta útil para a realização de uma avaliação de viabilidade da avaliação, pois contribui com a concepção ou melhoria do programa, constrói um entendimento comum sobre o programa e as expectativas em relação a recursos, os clientes atingidos, e os resultados do programa. Pode ser construído em cinco etapas: 1) análise de informações relevantes, 2) definição do problema ao qual o programa se propõe a resolver, 3) organização do modelo em forma de planilha, 4) desenho do modelo e 5) consenso do modelo com os especialistas ²⁶.

O modelo deve conter o problema, objetivo geral, metas e objetivos específicos do programa. Apresenta seus componentes (palavras-chave retiradas dos objetivos específicos do programa), atividades (meios utilizados para atingir os resultados esperados), insumos (recursos físicos, materiais, financeiros e humanos necessários), produtos (consequências imediatas das atividades realizadas), resultados (mudanças que o programa pretende alcançar junto aos grupos para os quais está voltado) ³⁰.

Inicialmente, para este estudo, o modelo foi dividido em três componentes: Atenção Primária, Atenção Especializada e Sistema de Apoio. Cada componente foi composto por aspectos relacionados à estrutura e ao processo.

Assim, almejando identificar e caracterizar os elementos constituintes da rede de cuidados aos pacientes portadores de DPOC em Recife, para a construção do seu ML, foram seguidas as seguintes subetapas:

A - Análise documental: análise de documentos oficiais específicos para DPOC: II Consenso Brasileiro sobre DPOC, Caderno de Atenção Básica (número 25) e o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da DPOC ^{8,19,20}.

B - Estruturação dos dados: após análise documental foi proposto um modelo lógico preliminar da intervenção, com seus componentes, estrutura necessária, atividades e resultados.

C - Consulta a especialistas: Este modelo normativo foi enviado por meio de endereço eletrônico para cinco especialistas da atenção básica, especializada e gestores, todos do município, para complementação das informações, verificação de sua coerência interna, definição clara dos objetivos da intervenção e das atividades realizadas para alcançar os objetivos, estrutura necessária e resultados esperados da intervenção. Após consulta, o ML foi reformulado e utilizado a partir da etapa 4.5.2. (Apêndice 1)

4.5.2) Realização de consenso com especialistas

Souza e colaboradores ⁴⁹ destacam que nos últimos anos, diferentes técnicas vêm sendo usadas para se obter consenso sobre determinados temas, questões ou problemas, entre especialistas de áreas específicas com o intuito de subsidiar processos e a tomada de decisão. Destacam-se sobre esses estudos: o processo Delfos, a Técnica do Grupo Nominal, Comitê Tradicional e a Conferência de Consenso.

A técnica de conferência de consenso foi escolhida por conciliar tanto a discussão entre especialistas convidados quanto à preservação do anonimato. Fundamentado em Souza e colaboradores (2005), neste estudo a conferência foi organizada em três etapas: 1) análise individual do modelo lógico por parte dos especialistas convidados, 2) discussão aberta/presencial entre os participantes e 3) uma nova resposta individual às questões postas

A distribuição deve ser equilibrada dos especialistas participantes que possuam experiências diversas sobre o tema pesquisado. Para análise do modelo proposto, o modelo lógico foi compartilhado com um grupo de especialistas formado por profissionais que atuam em diversas áreas relacionadas com a rede de cuidados ao paciente com DPOC.

No primeiro momento, a primeira versão do modelo lógico foi encaminhada aos participantes via correio eletrônico e solicitado atribuição de uma nota de zero a dez, para cada um dos componentes, atividades e resultados propostos no modelo. A nota zero correspondeu ao julgamento de que o item deveria ser excluído, ou seja, sem importância para o modelo, e a nota dez significou a prioridade máxima. Os participantes do consenso puderam sugerir novas atividades / resultados ou modificar as proposições apresentadas pela pesquisadora. De posse das respostas, foi realizado o consolidado das pontuações atribuídas, considerando a média e o desvio padrão.

Na etapa seguinte foi realizada uma oficina de trabalho com os especialistas que atuaram como informantes-chave, com a finalidade de discutir acerca do consolidado das respostas da etapa anterior referentes aos componentes, estrutura necessária, atividades e resultados definidos, com o objetivo de promover a troca de experiências e o confronto de opiniões, principalmente em torno dos pontos de maior divergência apresentados como resultado da etapa anterior. Ao final desta discussão foi formada uma nova planilha com as notas e sugestões dos participantes, que foi enviada para a terceira etapa.

A terceira e última etapa foi representada por uma nova análise individual do modelo reformulada pelo debate, nos moldes da primeira etapa.

4.5.3) Identificação de possíveis perguntas avaliativas

A reflexão sobre o sentido e o conseqüente acordo político construído nas etapas iniciais de uma avaliação provoca a necessidade de definir o que avaliar, ou seja, definir o foco da avaliação. O foco pode ser explicitado de formas opostas: sob forma de afirmação ou como uma pergunta. A pergunta provoca a equipe envolvida, gera boas expectativas e leva ao início dos trabalhos ⁵¹.

Durante a segunda etapa da técnica de consenso, além do modelo lógico, foi discutido um roteiro com as seguintes perguntas: 1. O que você gostaria de saber sobre a rede de cuidados ao paciente portador de DPOC no município? 2. Qual sua percepção sobre essa rede de cuidados? 3. Qual o seu papel nessa rede de cuidados? 4. Em que medida você avalia que está cumprindo os seus objetivos? 5. O que você mudaria nessa rede se tivesse oportunidade?⁵⁴ Destas perguntas, surgiram questões tanto em resposta à primeira etapa da conferência de consenso como no encontro presencial (oficina de trabalho). Estas perguntas fazem parte da fase divergente, na qual houve concentração nas visões e preocupações que os interessados tinham sobre a rede, identificando o que poderia valer à pena investigar em uma futura avaliação⁵². Após a fase divergente, foi necessário definir dentre as perguntas propostas, quais devem ser investigadas. Para tanto, foram utilizados critérios baseados em prioridade, relevância, viabilidade e utilidade potencial da avaliação. No presente estudo, estes foram adaptados do proposto por Worthen, Sanders e Fitzpatrick ⁵¹, que utiliza critérios para classificar as perguntas avaliativas: 1) É de interesse dos envolvidos? 2) Irá gerar informações importantes (é útil)? 3) É de interesse permanente (não passageiro)? 4) Terá impacto sobre o curso dos acontecimentos (afetará decisões políticas ou operacionais)? 5) É viável (recursos financeiros e humanos disponíveis e tempo para execução)?

4.6 Processamento e Análise dos dados

Para avaliar o grau de consenso do grupo, foram utilizados os pontos de corte elaborados por Souza e colaboradores⁴⁹, no qual foi calculada a média e o desvio padrão das notas atribuídas pelos especialistas a cada um dos componentes, atividades e resultados propostos no modelo. Dessa forma, a média representou o grau de importância e o desvio-padrão o nível de consenso entre os especialistas. A relevância dos componentes, atividades e resultados foram classificadas de acordo com as seguintes categorias: 1) consensualmente importantes: componentes com desvio-padrão inferior a três, indicando grau de consenso elevado e média igual ou superior a sete, indicando grau de importância elevado; 2) consensualmente pouco importantes: componentes com desvio-padrão inferior a três, contudo com média inferior a sete indicando baixo grau de importância; 3) importantes com dissenso: componentes com média superior ou igual a sete e desvio-padrão maior ou igual a três, indicando que prevaleceu a discordância entre os especialistas; 4) pouco importantes com dissenso: componentes com média inferior a sete e desvio-padrão superior ou igual a três.

Permaneceu no modelo aquele item que apresentou simultaneamente média aritmética igual ou superior a sete e desvio padrão inferior a três e em que pelo menos 80% das notas apresentadas pelos participantes foi igual ou superior a sete^{50,52}.

A análise dos dados foi realizada por meio do programa *Excel*, versão de 2007.

4.7 Considerações Éticas

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, de acordo com as recomendações da resolução nº 466/2012, sob o registro 4897 (Anexo 1). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2).

V. RESULTADOS

5.1 Construção do Modelo Lógico da Rede de Cuidados aos Usuários Portadores de DPOC em Recife

O modelo após a consulta com os especialistas ficou composto por três componentes: Atenção primária, Atenção secundária e Sistema de apoio, cada uma delas compostas pela estrutura necessária, as atividades a serem realizadas e seus resultados esperados em cada nível de atenção.

O componente atenção primária, representando o esperado para os profissionais da atenção básica do município (ESF, EACS, Centros de Saúde), é composta por seis elementos estruturais, sete atividades e sete resultados esperados, enumerados na figura 2 a seguir.

Referente à atenção secundária, que corresponde aos profissionais especialistas que atendem em nível secundário (policlínicas e ambulatórios) existem quatro elementos estruturais, seis atividades e cinco resultados enumerados na figura 2 a seguir.

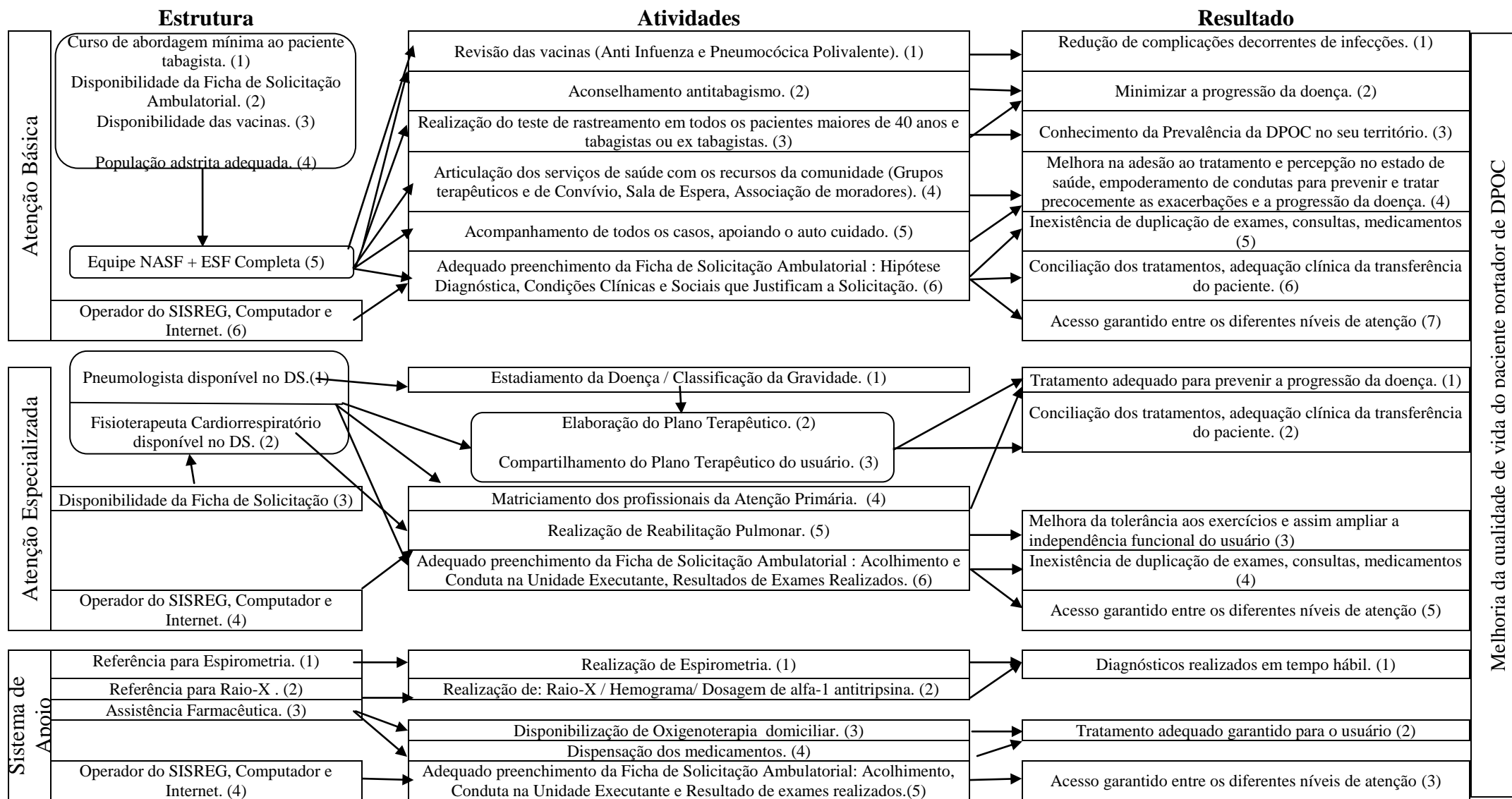
O componente sistema de apoio, caracterizada pelos locais onde são prestados serviços de saúde comuns a todos os pontos de atenção e constituídos por três sistemas principais: sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde; ficou composto por quatro elementos estruturais, cinco atividades e três resultados, enumerados na figura 2 a seguir.

Existem duas atividades comuns aos três componentes, são elas o adequado preenchimento da Ficha de Solicitação Ambulatorial (Hipótese Diagnóstica, Condições Clínicas e Sociais que Justificam a Solicitação, Resultados de Exames Realizados) e o lançamento e acompanhamento das solicitações no SISREG.

Em relação aos resultados, quatro deles coincidem: Acesso aos diferentes níveis de atenção; tratamento adequado para o usuário para prevenir a progressão da doença; inexistência de duplicação de exames, consultas e medicamentos; conciliação dos tratamentos, adequação clínica do encaminhamento do paciente.

Após a consulta aos especialistas, permaneceram no modelo lógico quatorze itens referentes à estrutura, dezessete às atividades previstas e dezesseis aos resultados, sendo quinze resultados intermediários e um resultado final que é a melhoria da qualidade de vida do usuário portador de DPOC.

Figura 2- Modelo Lógico da Rede de Cuidados aos usuários portadores de DPOC - Recife – PE, 2016



5.2) Realização de consenso com especialistas

Foram enviadas 65 mensagens via e-mails convidando os profissionais, de todos os níveis de atenção sob responsabilidade do município (AP e AE), para participar da pesquisa. Destes, 16 mensagens voltaram, pois estavam com algum erro de digitação, 30 responderam positivamente ao convite, 5 recusaram e 14 não responderam. Dos 30 que responderam afirmativamente ao convite, 21 enviaram a avaliação do modelo lógico (70%). O tempo médio levado para responder à avaliação foi de 15 dias, e variou de 5 a 21 dias.

Destes que enviaram a avaliação, 10 são profissionais da atenção básica, 2 fisioterapeutas do NASF, 2 fisioterapeutas cardiorrespiratórios, 2 pneumologistas e 5 gestores da saúde.

Após a análise das avaliações da primeira fase do consenso, o componente considerado mais importante pelos participantes (maior média) nesta primeira etapa foi o da Atenção Especializada (Média=9,1), e os itens referentes à estrutura (Média=9,06) receberam maior pontuação. A Atenção Básica foi avaliada com menor média (Média= 8,8) e maior dissenso (DP=1,96), conforme segue na tabela 1.

Tabela 1 – Resultado consolidado das avaliações da primeira etapa do consenso com os especialistas. Recife – PE, 2016.

	Componentes						Média
	Atenção Básica		Atenção Especializada		Sistema de apoio		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Estrutura	8,97	1,51	9,25	1,48	8,97	1,49	9,06
Processo	8,78	2,04	9,01	1,96	9,18	1,42	8,99
Resultado	8,64	2,31	9,06	1,8	8,81	2,16	8,83
Média do Componente	8,8	1,96	9,1	1,75	8,99	1,69	

Considerando a classificação dos componentes de acordo com as categorias previamente definidas, apenas saíram do modelo preliminar dois resultados, um referente ao Sistema de apoio (Disponibilização de transporte para os pontos da rede para as distintas necessidades.) e o outro à Atenção Básica (Acesso facilitado aos diferentes níveis), ambos considerados importantes com dissenso nesta primeira etapa do consenso.

Os itens considerados mais importantes (média acima de 9,5) pelos especialistas foram sete: Referência para Raio-X, Pneumologista disponível no DS, Operador do SISREG, Computador e Internet, Tratamento adequado para prevenir a progressão da doença, Realização de: Raio-X / Hemograma/ Dosagem de alfa-1 antitripsina, Diagnósticos realizados em tempo hábil.

Os itens que foram avaliados com menor grau de importância são referentes à disponibilidade (Média = 7,24) e realização do transporte dentro do município (Média = 7,48) e a articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade (Grupos terapêuticos e de Convívio, Sala de Espera, Associação de moradores) (Média = 8,05).

A partir dos resultados encontrados nesta primeira etapa do consenso, foi realizada uma oficina de trabalho presencial para a qual todos os participantes foram convidados com a finalidade de discutir principalmente os pontos de maior divergência apresentados como resultado da etapa anterior.

Estiveram presentes nove conferencistas, dentre eles profissionais da atenção básica (médicos e enfermeiras), especializada (pneumologista e fisioterapeuta), da gestão e especialista em avaliação em saúde. Foi disponibilizada a planilha do modelo lógico com as médias da primeira fase e uma coluna extra para a nova avaliação e o roteiro com cinco perguntas relacionadas às visões e preocupações que os interessados tinham sobre a rede, identificando o que poderia valer à pena investigar em uma futura avaliação.

Durante o encontro, que durou um turno, foi realizada uma explanação sobre a estrutura do estudo e contextualização da fase em que se encontrava além da apresentação dos resultados das avaliações por componente e subcomponente à luz da média e do desvio padrão, com enfoque diferenciado nos itens com maiores e menores médias e maiores dissensos, assim como elucidação de dúvidas referentes ao instrumento e nomenclaturas utilizadas.

Relacionado à Atenção Básica, O curso de abordagem mínima ao paciente tabagista foi discutido devido ao resultado do desvio padrão ($DP = 2,38$ - tendendo ao dissenso), apesar de ter sido considerado como importante (média 8,48). Este curso foi ofertado pela Secretaria Municipal de Saúde do Recife, mas nenhum dos profissionais presentes tiveram interesse em participar. Houve uma crítica relacionada à forma de condução na época que foi ofertado o curso, pois o foco era a cessação do tabagismo, não as doenças causadas pelo tabagismo, o foco não foi a DPOC: “O paciente com DPOC sempre foi da pneumologista”.

Também julgaram na primeira fase como o menos importante (menor média da Atenção Básica – 8,05) a Articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade (Grupos terapêuticos e de Convívio, Sala de Espera, Associação de moradores), apesar de ter sido citado como muito importante para a adesão e sucesso do tratamento durante a conferência.

A realização do teste de rastreamento pelos profissionais da Atenção Básica em todos os pacientes maiores de 40 anos e tabagistas ou ex tabagistas (média = 8,67 e $DP = 2,42$) foi ponto de desacordo, pois alguns profissionais não o conheciam, e outros verbalizaram “ não ter pernas” nem o apoio dos demais membros da equipe nem da gestão para abraçar a causa e acolher a provável demanda. Neste ponto foi levantado também a importância do Conhecimento da Prevalência da DPOC no seu território, que teve média relativamente alta (média = 8,79), porém o desvio padrão também tendeu ao dissenso ($DP = 2,22$). De acordo

com o discurso dos participantes, o envolvimento da atenção básica com o usuário de DPOC é muito frágil e os usuários são descobertos quando retornam das urgências, para serem agendados para uma consulta com pneumologista (este é o fluxo regulatório estabelecido no município). Outro questionamento foi referente à qual política o usuário com DPOC estaria ligado, se existia algum apoiador responsável por ele.

Houve crítica tanto dos profissionais da Atenção Básica como da Atenção Especializada em relação ao tempo de espera pela consulta com especialista e realização de exames. Reforçando os resultados da primeira fase do consenso, quando o Operador do SISREG, Ficha de encaminhamento, Adequado preenchimento da Ficha de Solicitação Ambulatorial, Lançamento e acompanhamento das solicitações no SISREG, foram avaliados com médias muito altas (muito importante para o funcionamento da rede de cuidados – Médias = 9,7/9,03/9,32/9,56), e pequeno desvio-padrão (DP=0,65).

O item relacionado ao Acesso facilitado aos diferentes níveis, que teve $DP > 3$ na primeira etapa, foi discutido e ajustado para acesso garantido, entendendo que se existe acesso, ele não precisa ser facilitado, mas sim garantido.

O componente da Atenção Especializada foi julgado o mais importante na primeira fase (Média de 9,1). Relacionado à estrutura necessária, a existência de um Fisioterapeuta Cardiorrespiratório no Distrito Sanitário foi o item com maior dissenso (DP=2,38). Em relação aos resultados foi a Realização de Reabilitação Pulmonar (DP=2,98). Durante a discussão foi levantado o desconhecimento de sua atuação e importância para estes usuários, o que foi explicado e indicado a possibilidade de trabalho e articulação com o Fisioterapeuta do NASF também.

A Disponibilidade da Ficha de Solicitação Ambulatorial foi o item com menor média do componente AE (Média=8,6). Neste momento a discussão girou em torno da referência e

contra-referência, tanto a AE se queixou da qualidade dos encaminhamentos da AB, como a AB se queixou da falta de contra-referência da AE (revelando a não utilização da ficha de solicitação).

Os itens: Conciliação dos tratamentos, adequação clínica da transferência do paciente e a Inexistência de duplicação de exames, consultas, medicamentos foram outros pontos discutidos, pois o desvio padrão estava tendendo ao dissenso (DP=2,18 e 2,26 respectivamente), e na discussão emergiu que a AB não “mexe na receita” dos pacientes com DPOC, nem realiza exames para encaminhá-los.

O Estadiamento da Doença / Classificação da Gravidade estava como responsabilidade da AE, o que gerou inquietação no grupo e após discussão ficou entendido que esta responsabilidade também é da AB, que pode solicitar a Espirometria, realizar o Teste de Rastreo e já encaminhar ao especialista, nos casos devidos, com a classificação da gravidade da doença.

A realização de Matriciamento dos profissionais da Atenção Primária (DP=2,20) e o Compartilhamento do Plano Terapêutico do usuário (DP = 2,18) foram discutidos e bem aceitos dentre todos os participantes. Neste momento foi levantado um resultado que estava descrito na AB: Melhora na adesão ao tratamento e percepção no estado de saúde, empoderamento de condutas para prevenir e tratar precocemente as exacerbações e a progressão da doença. Este item havia sido avaliado como importante tendendo ao dissenso (Média= 8,79 e DP=2,32, e durante a discussão alguns pontos relevantes foram abordados, tais como: Diz-se que o usuário tem boa adesão, porque ele retorna ao especialista, porém ele retorna em prazo diferente do esperado, não utiliza a medicação adequadamente (sobram algumas e outras acabam antes do esperado) nem cessa o tabagismo. Assim, após esta reflexão, a adesão não se pareceu tão “boa” quanto havia sido outrora julgada e sinalizou a

necessidade de ampliar a concepção adesão para além do manejo de sinais e sintomas da DPOC mas também a gestão do regime terapêutico.

Referente ao componente Sistema de Apoio, foi iniciada a discussão motivada pela diferença de notas atribuídas à Referência e realização de Espirometria (Média=9,48 e DP=1,50) e Raio-X (Média=9,90 e DP=0,30). O exame de referência para diagnóstico e classificação da DPOC é a Espirometria, porém o Raio-X foi avaliado com média superior. Após discussão, a justificativa se deu devido à dificuldade em realizar o raio-x no município, de maneira geral, não especificamente para DPOC. Dificuldade esta não vivenciada em relação à espirometria que era essencialmente solicitada pelo especialista e realizada por demanda espontânea na unidade de referência, a espirometria passou a ser regulada via SISREG apenas em 2015.

Foi enfim discutido enfaticamente a existência e disponibilização de transporte para os pontos da rede para as distintas necessidades (Médias=7,24 e 7,40, DP=2,64 e 3,30). Neste ponto foram levantadas as dificuldades enfrentadas pelos usuários desde as relacionadas à distância das unidades de saúde em relação à residência e seus custos, como dificuldade de tráfego dentro do município (malha viária, trânsito, analfabetismo dos usuários). Ficou consensuado que é importante disponibilizar o transporte para os usuários mais graves, que apresentam maior restrição de mobilidade devido à dispnéia e também a sugestão de centralizar o cuidado integral a estes usuários em uma unidade específica.

Após a discussão, foi realizada uma nova análise individual do modelo reformulada pelo debate, nos moldes da primeira etapa, e os resultados desta segunda avaliação foram diferentes da primeira, em geral com aumento das médias e diminuição do dissenso, conforme segue na tabela 2.

Tabela 2 – Resultado consolidado das avaliações da segunda etapa do consenso com os especialistas. Recife – PE, 2016.

	Componentes						Média
	Atenção Básica		Atenção Especializada		Sistema de apoio		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
Estrutura	9,33	0,9	9,56	0,51	9,11	1,15	9,33
Processo	9,42	0,7	9,65	0,49	9,36	0,78	9,48
Resultado	9,34	0,67	9,42	0,81	9,18	0,99	9,31
Média do Componente	9,36	0,76	9,54	0,6	9,22	0,97	

O Sistema de Apoio que havia sido avaliado com grau de importância maior que a AB na primeira etapa, foi reavaliado com a menor média (Média=9,22). A AB persistiu com média inferior à AE (Média AB=9,36 Média AE=9,54), porém com uma diferença menor e com maior consenso (AB DP 1ª fase= 1,96; 2ª fase=0,76. AE DP 1ª fase=1,75; 2ª fase=0,6).

Considerando a classificação dos componentes, apenas saíram do modelo dois itens, ambos referentes ao Sistema de Apoio, um de estrutura (Transporte – Média = 7,61 e DP=3,02) e outro de resultado, (Disponibilização de transporte para os pontos da rede para as distintas necessidades – Média = 7,72 e DP=3,05). Além disso, destacam-se outros três que apesar de serem classificados como importantes e consensuais, obtiveram desvio padrão próximo de 2,0, próximos do limite de serem considerados não consensuais. Foram estes: ESF completa (Média=8,76 e DP=2,14), Tratamento adequado para prevenir a progressão da doença (Média= 9,24 e DP=1,63) e a Disponibilização de Oxigenoterapia domiciliar (Média= 9,05 e DP=1,61).

Este último resultado foi enviado por e-mail para nova apreciação e consenso entre os participantes, que não modificaram as notas, reiterando este resultado, conforme segue no quadros 2, 3 e 4 referentes ao resultado detalhado das avaliações da primeira e segunda rodada do consenso com os especialistas por componente.

Os itens considerados mais importantes (média acima de 9,5) foram vinte e três, dentre eles, a Articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade (Grupos terapêuticos e de Convívio, Sala de Espera, Associação de moradores), que na primeira fase teve uma das menores média. Dos sete itens que foram melhor avaliados na primeira fase, cinco permaneceram. A lista completa dos vinte e três itens melhor avaliados segue no quadro

5

Quadro 2– Resultado detalhado das avaliações da primeira e segunda rodadas do consenso com os especialistas Componente Atenção Básica.
Recife – PE, 2016.

Componente Atenção Básica		1a rodada		2a rodada	
		Média	DP	Média	DP
AB - Estrutura	ESF completa	9,3	0,92	8,76	2,14
	População adstrita adequada.	9,47	0,84	9,56	0,73
	Equipe NASF + ESF	8,48	1,78	9,39	0,7
	Curso de abordagem mínima ao paciente tabagista.	8,48	2,38	9,22	0,8
	Disponibilidade das vacinas.	9,1	1,58	9,61	0,7
	Disponibilidade da Ficha de Solicitação Ambulatorial.	8,6	2,25	9,03	0,6
	Operador do SISREG, Computador e Internet.	9,53	0,72	9,7	0,66
AB - Processo	Realização do teste de rastreamento em todos os pacientes maiores de 40 anos e tabagistas ou ex tabagistas.	8,67	2,42	9,46	0,74
	Acompanhamento de todos os casos, apoiando o auto cuidado.	8,86	2,2	9,61	0,6
	Articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade (Grupos terapêuticos e de Convívio, Sala de Espera, Associação de moradores).	8,05	2,39	9,61	0,54
	Aconselhamento antitabagismo.	8,76	2,14	9,33	0,75
	Revisão das vacinas (Anti-Influenza e Pneumocócica Polivalente).	8,81	1,89	9,26	0,84
	Adequado preenchimento da Ficha de Solicitação Ambulatorial: Hipótese Diagnóstica, Condições Clínicas e Sociais que Justificam a Solicitação.	8,9	2,23	9,32	0,67
	Adequado preenchimento da Ficha de Solicitação Ambulatorial: Resultados de Exames Realizados.	9,06	1,52	9,27	0,74
	Lançamento e acompanhamento das solicitações no SISREG.	9,38	0,8	9,56	0,64
AB - Resultados	Conhecimento da Prevalência da DPOC no seu território.	8,63	2,22	9,67	0,43
	Melhora na adesão ao tratamento e percepção no estado de saúde, empoderamento de condutas para prevenir e tratar precocemente as exacerbações e a progressão da doença.	8,79	2,32	9,64	0,55
	Minimizar a progressão da doença.	8,58	2,29	9,44	0,73
	Redução de complicações decorrentes de infecções.	9,05	1,51	9,23	0,71
	Inexistência de duplicação de exames, consultas, medicamentos.	8,54	2,26	9,12	0,72
	Conciliação dos tratamentos, adequação clínica da transferência do paciente.	8,74	2,19	9,37	0,62
Acesso facilitado aos diferentes níveis.	8,47	3,12	9,39	0,7	

Quadro 3 - Resultado detalhado das avaliações da primeira e segunda rodadas do consenso com os especialistas Componente Atenção Especializada. Recife – PE, 2016.

Componente Atenção Especializada		1a rodada		2a rodada	
		Média	DP	Média	DP
AE - Estrutura	Pneumologista disponível no DS.	9,67	0,73	9,83	0,33
	Fisioterapeuta Cardiorrespiratório disponível no DS.	9,05	2,38	9,72	0,44
	Disponibilidade da Ficha de Solicitação Ambulatorial.	8,6	2,25	9,03	0,6
	Operador do SISREG, Computador e Internet.	9,53	0,72	9,7	0,66
AE - Processo	Estadiamento da Doença / Classificação da Gravidade.	9,24	1,48	9,83	0,35
	Elaboração do Plano Terapêutico.	9,38	1,5	9,71	0,45
	Matriciamento dos profissionais da Atenção Primária.	9,05	2,2	9,7	0,43
	Compartilhamento do Plano Terapêutico do usuário.	8,62	2,18	9,78	0,44
	Realização de Reabilitação Pulmonar.	8,81	2,98	9,81	0,39
	Adequado preenchimento da Ficha de Solicitação Ambulatorial: Acolhimento e Conduta na Unidade Executante.	8,9	1,8	9,21	0,65
AE - Resultados	Adequado preenchimento da Ficha de Solicitação Ambulatorial: Resultados de Exames Realizados.	9,06	1,52	9,27	0,74
	Tratamento adequado para prevenir a progressão da doença.	9,57	1,16	9,24	1,63
	Melhora da tolerância aos exercícios e assim ampliar a independência funcional do usuário.	9,29	1,68	9,79	0,32
	Conciliação dos tratamentos, adequação clínica da transferência do paciente.	8,74	2,19	9,37	0,62
	Inexistência de duplicação de exames, consultas, medicamentos.	8,54	2,26	9,12	0,72

Quadro 4 - Resultado detalhado das avaliações da primeira e segunda rodadas do consenso com os especialistas Componente Sistema de Apoio. Recife – PE, 2016.

Componente Sistema de Apoio		1a rodada		2a rodada	
		Média	DP	Média	DP
Sist. Apoio - Estrutura	Referência para Espirometria.	9,48	1,5	9,71	0,37
	Referência para Raio-X	9,9	0,3	9,32	0,82
	Transporte.	7,24	2,64	7,61	3,02
	Assistência Farmacêutica.	9,29	1,52	9,79	0,38
Sist. Apoio - Processo	Realização de Espirometria.	9,48	1,5	9,78	0,44
	Realização de: Raio-X / Hemograma/ Dosagem de alfa-1 antitripsina.	9,57	0,98	9	1,09
	Estruturação dos fluxos e contrafluxos de pessoas e de produtos na rede.	9,05	1,36	9,57	0,57
	Disponibilização de Oxigenoterapia domiciliar.	8,67	2,03	9,05	1,61
	Dispensação dos medicamentos.	9,33	1,62	9,76	0,38
	Adequado preenchimento da Ficha de Solicitação Ambulatorial: Acolhimento e Conduta na Unidade Executante.	8,9	1,8	9,21	0,65
	Adequado preenchimento da Ficha de Solicitação Ambulatorial: Resultados de Exames Realizados.	9,06	1,52	9,27	0,74
Sist. Apoio - Resultados	Diagnósticos realizados em tempo hábil.	9,57	1,57	9,92	0,16
	Disponibilização de transporte para os pontos da rede para as distintas necessidades.	7,48	3,3	7,72	3,05
	Tratamento adequado garantido para o usuário	9,32	1,73	9,54	0,59
	Conciliação dos tratamentos, adequação clínica da transferência do paciente.	8,74	2,19	9,37	0,62
	Inexistência de duplicação de exames, consultas, medicamentos.	8,54	2,26	9,12	0,72

Quadro 5 – Itens considerados mais importantes (média acima de 9,5) e melhor consensuados pelos especialistas durante conferência de consenso Recife - PE, 2016.

Componente	Item	Média	DP
S. Apoio-Resultados	Diagnósticos realizados em tempo hábil.	9,92	0,16
AE - Estrutura	Pneumologista disponível no DS.	9,83	0,33
AE - Processo	Estadiamento da Doença / Classificação da Gravidade.	9,83	0,35
AE - Processo	Realização de Reabilitação Pulmonar.	9,81	0,39
AE - Resultados	Melhora da tolerância aos exercícios e assim ampliar a independência do usuário.	9,79	0,32
S.Apoio-Estrutura	Assistência Farmacêutica.	9,79	0,38
AE - Processo	Compartilhamento do Plano Terapêutico do usuário.	9,78	0,44
S.Apoio-Processo	Realização de Espirometria.	9,78	0,44
S.Apoio-Processo	Dispensação dos medicamentos.	9,76	0,38
AE - Estrutura	Fisioterapeuta Cardiorrespiratório disponível no DS.	9,72	0,44
AE - Processo	Elaboração do Plano Terapêutico.	9,71	0,45
S.Apoio-Estrutura	Referência para Espirometria.	9,71	0,37
AB e AE - Estrutura	Operador do SISREG, Computador e Internet.	9,7	0,66
AE - Processo	Matriciamento dos profissionais da Atenção Primária.	9,7	0,43
AB - Resultados	Conhecimento da Prevalência da DPOC no seu território.	9,67	0,43
AB - Resultados	Melhora na adesão ao tratamento e percepção no estado de saúde, empoderamento de condutas para prevenir e tratar precocemente as exacerbações e a progressão da doença.	9,64	0,55
AB - Estrutura	Disponibilidade das vacinas.	9,61	0,7
AB - Processo	Acompanhamento de todos os casos, apoiando o auto cuidado.	9,61	0,6
AB - Processo	Articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade (Grupos terapêuticos e de Convívio, Sala de Espera, Associação de moradores).	9,61	0,54
S.Apoio-Processo	Estruturação dos fluxos e contrafluxos de pessoas e de produtos na rede.	9,57	0,57
AB - Estrutura	População adstrita adequada.	9,56	0,73
AB - Processo	Lançamento e acompanhamento das solicitações no SISREG	9,56	0,64
S.Apoio-Resultados	Tratamento adequado garantido para o usuário	9,54	0,59

5.3) Identificação de possíveis perguntas avaliativas

Dos nove conferencistas que participaram do momento presencial, cinco participantes responderam às questões na fase divergente. As considerações dos interessados foram sistematizadas, e com base no modelo lógico e na conferência de consenso, considerando critérios baseados em prioridade, relevância, viabilidade e utilidade potencial da avaliação, foram elaboradas perguntas avaliativas, segue abaixo no quadro 6.

Quadro 6 - Perguntas avaliativas relacionadas à Rede de Cuidados aos Usuários Portadores de DPOC segundo tipo de avaliação. Recife, PE - 2016.

Pergunta	Tipo de Avaliação
A estrutura e as atividades realizadas no município estão de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia?	Implantação
Qual o grau de implantação da Rede de Cuidados ao paciente com DPOC em Recife?	Implantação
Qual o grau de implantação da Atenção Básica no município?	Implantação
Em que medida as atividades estão adequadas para atingir os resultados esperados?	Processo
Que tipo de conflito ocorre entre a Assistência e a Regulação? Esses conflitos interferem na qualidade e continuidade do cuidado?	Contexto / Implantação
As atividades são suficientes para o alcance dos resultados?	Estratégica / Lógica
Que impacto a Articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade (Grupos terapêuticos e de Convívio, Sala de Espera, Associação de moradores) têm na assistência à saúde oferecida pelo município?	Análise dos efeitos
Que impacto a disponibilidade de transporte para os usuários tem na assistência à saúde oferecida pelo município?	Análise dos efeitos
Em que medida a AB consegue dar continuidade ao cuidado do usuário com DPOC?	Análise dos efeitos

VI. DISCUSSÃO

A DPOC é um problema de saúde pública ainda com pouca visibilidade e conhecimento, tanto pelos usuários^{53,54,55} como pelos profissionais de saúde^{13, 18, 19, 56, 57, 58}. Esta limitação do conhecimento é considerada a maior causa da fragilidade da prevalência da DPOC no território.

Este estudo de avaliabilidade mostrou-se importante não só pela contribuição do melhor entendimento da Rede de Cuidados aos Usuários com DPOC em Recife, como também da própria doença e pela capacidade de incluir diferentes atores nos componentes analisados consensualmente. Essa integração promoveu discussão sobre a DPOC e um melhor entendimento da sua rede, seus fluxos, contrafluxos, bem como a oferta dos serviços disponíveis. Além de fornecer subsídios para valorização e ação a partir dos resultados e conclusões para uma futura avaliação. O enriquecimento proveniente do encontro presencial foi imprescindível tanto para o aprofundamento dos resultados como para os acordos realizados com a finalidade de contribuir para o delineamento da lógica da Rede de Cuidados aos Usuários com DPOC no município.

Ao realizar a busca na Bireme/BVS utilizando os descritores “DPOC” e “Atenção Básica”, foram encontrados 270 publicações dos últimos cinco anos (2011 a 2015). Destas, apenas 4 são estudos referentes ao Brasil e outros 8 à América do Sul. Por outro lado, 97 são referentes à Europa. Este achado reforça a afirmativa de que a DPOC é um importante problema de saúde nos países desenvolvidos e ainda pouco investigado nos países em desenvolvimento^{59,60,61,57}. Contudo, durante o desenvolvimento deste estudo foi possível perceber a semelhança de algumas dificuldades encontradas em países com realidade socioeconômica distintas às do Brasil.

Na primeira rodada de avaliação, a Atenção Básica, que é considerada a porta de entrada preferencial do SUS e *locus* privilegiado de gestão do cuidado dos usuários, estratégico nas redes de atenção, servindo como base para o seu ordenamento e para a efetivação da integralidade⁶² foi o componente considerado pelos conferencistas como menos importante (menor média) e que obteve maior dissenso (maior DP), mostrando a pouca responsabilidade desprendida à este nível de atenção no diagnóstico e seguimento desses usuários, característico das incertezas sobre seu papel. Seja no Brasil⁵⁴, na Suíça⁶³ ou na Itália⁵⁷ há pouco conhecimento sobre DPOC entre os médicos da atenção básica.

Considerando estes e outros estudos, as maiores fragilidades do conhecimento dos profissionais da atenção básica são referentes a: Prevalência da DPOC em sua área coberta⁶⁴,⁵⁶. O diagnóstico diferencial com a Asma e o Enfisema⁶², Maior uso da radiografia que espirometria⁵⁸, Pouco uso dos sintomas clínicos para diagnóstico⁶⁵, e Subdosagem de medicação⁶⁶. Apesar de a média ter aumentado após o encontro presencial e o DP diminuído, estas incertezas continuaram evidentes nas respostas às questões referentes às perguntas avaliativas, ou seja, em todo o processo deste estudo.

Despontou do discurso dos participantes que historicamente o usuário portador de DPOC é acompanhado apenas pelo profissional pneumologista, suas consultas de primeira vez e retorno eram agendadas direto na policlínica onde não havia vagas para o pneumologista. Assim, os profissionais da atenção básica não tinham contato com o usuário nem conhecimento de sua condição.

A partir de 2014, com a implantação da Secretaria Executiva de Regulação em Saúde (SERS) na Secretaria Municipal de Saúde do Recife, iniciou-se o processo de regulação do acesso às consultas especializadas e exames via Sistema de Regulação⁶⁷. O fluxo de agendamento implantado no município preconiza a inserção da solicitação no SISREG via

unidade básica de saúde. Ou seja, os usuários que outrora eram atendidos e acompanhados apenas pelo pneumologista, ou aqueles que não possuíam um médico coordenador do cuidado, procurando o serviço de saúde nas exacerbações que eram debeladas nas urgências, precisaram retornar à sua unidade de referência. Este fluxo alterou a rotina dos profissionais da AB, que passaram a tomar conhecimento deles no território, semelhante aos achados de Leydi e colaboradores, de que muitos dos casos DPOC são diagnosticados apenas após a perda significativa da função pulmonar ou durante as exacerbações⁶⁸.

O operador do SISREG foi o que obteve maior média do componente Atenção Básica (Média = 9,7) maior que a ESF completa (Média = 8,76) e apoio da equipe NASF junto à ESF (Média=9,39). A justificativa dada pelos profissionais foi que o operador do SISREG tem o poder de marcar a consulta com o especialista. Tanto os profissionais da AB como da AE registraram a longa espera pela consulta com especialista e realização de exames.

Foram analisadas as solicitações inseridas no SISREG no ano de 2015 e o resultado foi que o tempo médio de espera entre a inserção da solicitação no SISREG e a execução da consulta com pneumologista foi de 13 dias e de realização da espirometria de 46 dias⁶⁷ tempo inferior ao que foi colocado pelos profissionais (de 6 meses a um ano de espera). Para esclarecer essa diferença entre o sentimento dos profissionais e os dados oficiais é importante maior aproximação da SERS com a assistência.

Neste estudo foi reconhecido o ganho ao processo de trabalho da AB, que passou a ter maior conhecimento e conseqüente empoderamento das necessidades de saúde da sua população adstrita, porém ainda com pouca segurança para manejo desses usuários pela falta de informação direcionada e educação continuada.

Durante o momento da discussão do consenso, houve questionamento pelos participantes sobre a política estratégica responsável por esses usuários, que no município é

representada pela Gerência das Políticas Estratégicas em Saúde, principalmente pela política de saúde do homem, para fortalecer esse fluxo.

A necessidade do conhecimento da prevalência da DPOC no seu território também foi reconhecida pelos participantes deste estudo, em concordância com outros estudos nacionais e internacionais ^{64,69}. Ainda corroborando o achado de outros estudos, o envolvimento da atenção básica com o usuário de DPOC é muito frágil, apesar de apresentar melhor benefício tanto para a qualidade de vida dos usuários como para os cofres públicos ^{70,71,58}.

Esta fragilidade da atenção básica ficou evidente mais uma vez no momento da discussão sobre a necessidade de acompanhamento multiprofissional desses usuários, uma vez que há uma variação considerável nos sintomas e limitações. Para melhorar a qualidade de vida, a tolerância ao exercício, reduzir o número de exacerbações e internações é necessário um programa multidisciplinar incluindo diferentes elementos da atenção ^{69,72}.

A adesão às recomendações em relação à qualidade dos cuidados para a DPOC melhora o prognóstico dos pacientes ⁷¹. Na revisão sistemática sobre as barreiras à adesão aos protocolos clínicos de Cabanas e colaboradores ⁷³, foram encontradas quatro grandes barreiras: 1) falta de conhecimento da existência das diretrizes, 2) falta de familiaridade com a patologia em virtude de acesso casual, 3) falta de aceitação e de perspectiva de resultados e 4) dificuldades de compreensão e de utilização na prática diária. Estes achados se assemelham à situação da rede do município de Recife.

A proposta dos atores envolvidos neste estudo foi de que iniciasse os matriciamentos dos profissionais da AB em DPOC, para iniciar a busca da prevalência da DPOC no território por meio da realização do teste de rastreamento e a solicitação do exame de espirometria pela AB.

A aproximação dos profissionais da AB e AE foi abordada como fundamental para a garantia do tratamento adequado desses usuários. O compartilhamento do plano terapêutico e o preenchimento da referência e da contrarreferência foram considerados os mecanismos mais importantes por todos os participantes para realizar essa aproximação.

O diagnóstico precoce pode motivar a cessação do tabagismo, que é a única medida conhecida para melhorar radicalmente as perspectivas futuras para o paciente com DPOC ⁵⁶. O efeito da cessação do tabagismo sobre a história natural da DPOC está bem estabelecida, porém o vício de fumar é mais complicado do que muitos médicos e enfermeiros estão dispostos a aceitar, e as terapias existentes são apenas marginalmente eficazes ⁷⁴.

Assim, é imprescindível além do compromisso da equipe básica, a articulação com outros atores, como por exemplo CAPS e NASF, corroborado pelos resultados de Rumball-Smithe e colaboradores no qual foi constatado que diferentes profissionais trabalhando de acordo com seu núcleo de saber, em um mesmo local, é um meio adequado para oferecer atendimento especializado e preventivo para pessoas com condições crônicas ⁷⁵.

Xin Liu e colaboradores em seu estudo de Avaliação Econômica de Programas de Gerenciamento do paciente com DPOC, encontraram resultados positivos (redução da carga clínica e financeira) desses programas via teleconsultoria ⁷⁰. O que também pode ser uma realidade para a rede de Recife uma vez que já existe o processo de teleconsultoria implantado para outras três especialidades e com interesse de ampliação da oferta para outras especialidades.

Apesar da técnica de conferência de consenso utilizada ser dinâmica à luz do perfil dos participantes e rica por conciliar tanto a discussão entre os especialistas convidados quanto à preservação do anonimato, não conseguimos a participação de representantes de todas as

áreas, por exemplo, os responsáveis pela Política de Saúde do Homem e do Telessaúde do município, devido à incompatibilidade de agenda.

VII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando as etapas de uma avaliação, neste estudo de avaliabilidade foi possível envolver os interessados a fim de se maximizar a possibilidade de uso da avaliação, descrever e discutir a intervenção (a rede de cuidados) por meio do diálogo aberto entre os profissionais dos diferentes níveis de atenção, e sinalizar o desenho para futuras avaliações.

Referente aos objetivos gerais de um estudo de avaliabilidade foi possível identificar os componentes fundamentais para o funcionamento da rede, definir as atribuições de cada um destes componentes que outrora poderiam não estar bem delimitados e analisar as relações entre problemas, objetivos e atividades.

A partir deste estudo de avaliabilidade da Rede de Cuidados aos Usuários Portadores de DPOC no município do Recife, houve sensibilização dos profissionais da rede para a condição. Além da AB, AE e sistema de apoio, se revelaram como componentes fundamentais a regulação, o apoio das políticas estratégicas, a teleconsultoria e a educação permanente. As atribuições de cada um destes componentes que outrora poderiam não estar bem delimitados, após a Conferência de Consenso com os diferentes atores foi possível esclarecê-las.

Com o apoio da gestão para fortalecer a AB (aqui abrangendo ESF e NASF), implantada, resolutiva, atuando como coordenadora do cuidado e dialogando com a Atenção Especializada (Pneumologistas, Fisioterapeutas, Psicólogos) de forma equilibrada e sistemática, haverá a possibilidade de oferecer um cuidado integral ao usuário e alcançar o objetivo final da rede de cuidados ao usuário portador de DPOC no município do Recife que é a melhoria na sua qualidade de vida.

VIII. REFERÊNCIAS

1. Silva LS, Cotta RMM, Rosa COB. Estratégias de promoção da saúde e prevenção primária para enfrentamento das doenças crônicas: revisão sistemática. Rev Panam Salud Publica. 2013 [acesso em 2014 dez 22];34(5):343–50. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v34n5/a07v34n5.pdf>
2. Alwan A, MacLean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, Bettcher D. Monitoring and surveillance of chronic noncommunicable diseases: progress and capacity in highburden countries. The Lancet, Londres 2010, volume: 376:1861–1868.
3. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponível na World Wide Web: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
4. Goulart FA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília: PAHO 2011. [acesso em 2014 dez 02] Disponível em: http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/06/Condicoes-Cronicas_flavio1.pdf
5. Malta DC; Dimech CPN; Moura L; Silva Jr JB. Balanço do primeiro ano da implantação do Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, 2011 a 2022. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 2013 [acesso em 2014 dez 22]; 22(1):171-178. Disponível em:

http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742013000100018&lng=pt&nrm=is

6. Bruce Bartholow Duncan BB, Chor D, Aquino EML, Bensenor IM, Mill JG, Schmidt MI, Lotufo PA, Vigo A, Barreto SM. Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: prioridade para enfrentamento e investigação. Rev Saúde Pública 2012. [acesso em 2014 dez 22];46(Supl):126-34 Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102012000700017&script=sci_arttext

7. Casado L, Vianna LM, Thuler LCS. Fatores de risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil: uma Revisão Sistemática. Rev. Bras. De Cancerologia 2009; [acesso em 2014 dez 22] 55(4):379-388. Disponível em: http://actbr.org.br/uploads/conteudo/932_Leticia.pdf

8. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Doenças respiratórias crônicas. Brasília: Cadernos de Atenção Básica; 2010. n. 25. 160 p. Cap. 5: 47-65.

9. Pessoa CLC, Pessoa RS. Epidemiologia da DPOC no presente – aspectos nacionais e internacionais. Pulmão RJ - Atualizações Temáticas 2009;1:7-12.

10. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Informática do SUS [Internet].

Brasília: DATASUS; 2010. [capturado em 12 abr. 2010] Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php>

11. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Informática do SUS [Internet]. MS/SVS/CGIAE - Sistema de Informações sobre Mortalidade – SIM, Brasília 2014.
12. United Nations (Estados Unidos da América). General Assembly. Political declaration of the high-level meeting of the General Assembly on the prevention and control of non-communicable diseases. EUA: 2011. [acesso em 2014 nov 01] Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1
13. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, Chor D, Menezes PR. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. The Lancet . Londres,2011:61-74.
14. Malta DC e Silva Jr JB. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão.Epidemiol. Serv. Saúde.2013 [internet] 22, no.1 p.151-164. [acesso em 2014 dez 22] Disponível em: http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742013000100016&script=sci_arttext
15. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Ministério da Saúde.. – Brasília : Ministério da Saúde; 2011. 160p.

16. Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, Barnes PJ, Buist SA, Calverley P, Fukuchi Y, Jenkins C, Rodriguez-Roisin R, van Weel C, Zielinski J. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *American journal of respiratory and critical care medicine* 2007;176:532-55
17. Ministério da Saúde (Brasil) Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea: 2012. 324p.
18. Menezes AMB, Jardim JR, Perez-Padilla R, Camelier A, Rosa F, Nascimento O, Hallal PC. Prevalência de doença pulmonar obstrutiva crônica e fatores associado: Estudo PLATINO em São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Publica*, Rio de Janeiro 2005 [internet]; 21(5):1565-1573. [acesso em 2014 dez 22] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n5/30.pdf>
19. Jardim JR, Oliveira J, Nascimento O. II Consenso Brasileiro de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). *J Bras Pneumol* 2004 [internet];30:s1-s4. [acesso em 2014 dez 22] Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/suple_124_40_dpoc_completo_finalimpresso.pdf
20. Junior HMMM. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica. Consulta Pública n.4, de 16 de maio de 2012 [internet]. [acesso em 2014 dez 22] Disponível em:

http://200.214.130.94/CONSULTAPUBLICA/display/dsp_print_completo.php?d=3448

21. Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciênc saúde coletiva*,15(5), 2297-305. [acesso em 2014 dez 22] Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>
22. Brousselle, A., Champagne, F., Contandriopoulos, A. P., & Hartz, Z. (2011). Avaliação: conceitos e métodos. In *Avaliação: conceitos e métodos*. Fiocruz.
23. Vieira-da-Silva LV. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 110 p.
24. Hartz ZMA, org. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro FIOCRUZ, 1997. [acesso em 2014 dez 22] 132 p. ISBN 85-85676-36-1. Disponível em: SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.
25. Trevisan M S. Evaluability assessment from 1986 to 2006. *American Journal of Evaluation* 2007; 28.3: 290-303.
26. Wholey, J. S., Hatry, H. P., & Newcomer, K. E. (2010). *Handbook of practical program evaluation* (Vol. 19). 3.ed. Estados Unidos: Jossey-Bass; 2010; p.55-80.
27. Natal S, Samico IC, Oliveira LGD, Assis AMJ. Estudo de avaliabilidade da rede de formação de Recursos Humanos da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. *Cad Saude Colet* 2010; 18, no. 4 p 560-571.

28. Vedung E. Four waves of evaluation diffusion. *Evaluation*, London,2010; v. 16, n. 3, p. 263-277.
29. Leviton LC, Collins CB, Laird BL. Teaching Evaluation Using Evaluability Assessment. *Evaluation* 1998; 4(4):389-409.
30. Medeiros PFP, Bezerra LCA, Santos NTVS, Melo EO. Um estudo sobre a avaliabilidade do Programa + Vida: política de redução de danos em álcool, fumo e outras drogas do município de Recife, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* vol.10 supl.1 Recife, 2010; 209-217.
31. Costa VHMV, Cavalcanti LA, Faria-Junior JAD, Kitaoka EG, Mascarenhas GS, Mascarenhas NB, Nascimento CA, Paolilo RB, Ramos FM, Silva PMFS. Programa nacional de eliminação da hanseníase: um estudo sobre A avaliabilidade do programa e das suas ações em âmbito estadual e municipal. *Ver. Bahiana de Saúde Publica* 2010 jul./set. v.34, n.3, p. 450-467
32. Guerrero AVP. Avaliabilidade do Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil nas Regiões Amazônia Legal e Nordeste do Brasil: descrição do Programa e construção do Modelo Lógico. dissertação][internet] Recife, Fundação Oswaldo Cruz: 2010. [acesso em 2014 dez 22] Disponível em: <http://www.cpqam.fiocruz.br/bibpdf/2011guerrero-avp.pdf>
33. Decotelli PV. Direitos Humanos e Aids: avaliação de implementação das assessorias

jurídicas de organizações não governamentais no Brasil. [dissertação][internet] Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz: 2011 [acesso em 2014 dez 22] Disponível em: bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=2661

34. Ester A, Santos EM , Azeredo TB, Luiza VL, Osorio-de-Castro CGS, Oliveira MA. Logic Models from an Evaluability Assessment of Pharmaceutical Services for People Living with HIV/AIDS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12):4833-4844, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n12/32.pdf>

35. Damasceno SMS, Abbad G, Meneses PPM. Modelos Lógicos e Avaliações de Treinamentos Organizacionais. *Paidéia*, 22(52), São Paulo, 2012; 217-227.

36. Oliveira LGD, Natal S, Camacho LAB. O programa de controle da tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros. *Cad. Saúde Colet.* Rio de Janeiro, 2012, 20 (2): 250-257.

37. Bezerra LCA, Alvez CKA, Reis YAC, Samico I, Felisberto E, Carvalho, ALB, Silva GS. Identificação e caracterização dos elementos constituintes de uma intervenção: pré-avaliação da política ParticipaSUS. *Ciênc. saúde coletiva* vol.17 no.4 Rio de Janeiro 2012; 883-900.

38. Silva GS, Samico I, Dubeux LS, Felisberto E. Redes de atenção às urgências e emergências: pré-avaliação das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) em uma região metropolitana do Brasil / Urgent and emergency care networks: a pre-evaluation of the First

Aid Units (UPAs) in a metropolitan region of Brazil. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 2012; 12 (4): 445-458.

39. Rocha BNGA, Uchoa SAC. Avaliação da atenção humanizada ao abortamento: um estudo de avaliabilidade . Physis vol.23 no.1 Rio de Janeiro, 2013; 109-127.

40. Pereira NC. Monitoramento do desempenho dos serviços farmacêuticos na Atenção Primária à Saúde: buscando a qualificação da gestão. [dissertação][internet] Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz: 2013. [acesso em 2014 dez 22] Disponível em: bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3876

41. Coelho AA, Martiniano CS, Brito EWG, Negrão OGC, Arcêncio RA, Uchôa SAC. Atenção à tuberculose: estudo de avaliabilidade. Rev. Latino-Am. Enfermagem set.-out. 2014;22(5):792-800 DOI: 10.1590/0104-1169.3294.2482. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n5/pt_0104-1169-rlae-22-05-00792.pdf.

42. Oliveira LGD. Avaliação da implantação do Programa de Controle da Tuberculose em unidades prisionais de dois estados brasileiros. dissertação][internet] Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz: fevereiro de 2014. Disponível em: bvssp.icict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/get.php?id=3815

43. Nascimento LV, Machado WD, Gomes DF, Vasconcelos MIO. Estudo de avaliabilidade da política nacional de atenção integral à saúde do homem no município de Sobral, Ceará. Revista Baiana de Saúde Pública. jan./mar. 2014 v.38, n.1, p.95-114 DOI: 10.5327/Z0100-

0233-2014380100015.

Disponível

em:

http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/580/pdf_468

44. Padilha MA, Oliveira CM, Figueiró AC. Estudo de avaliabilidade do Programa Academia Carioca da Saúde: desafios para a promoção da saúde. SAÚDE DEBATE | rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.375-386, ABR-JUN 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00375.pdf>

45. Pereira NC.; LUIZA VL. CRUZ MM. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade . SAÚDE DEBATE | rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.451-468, ABR-JUN 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00451.pdf>

46. Oliveira CM, Cruz MM, Kanso S, Reis AC, Lima A, Torres RMC, Gonçalves AL, Carvalho SCC, Grabois V. Avaliabilidade do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB): desafios para gestão do trabalho. Ciência & Saúde Coletiva, 20(10):2999-3010, 2015 DOI: 10.1590/1413-812320152010.13322014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-2999.pdf>

47. Plano Plurianual de 2014-2017 Recife.

http://portaltransparencia.recife.pe.gov.br/uploads/pdf/ppa_2014-2017.pdf

48. Bezerra LCA, Cazarin G, Alves CKA. Modelagem de programas: da teoria à

operacionalização. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. orgs. Avaliação em Saúde: bases conceituais e operacionais. Recife: Medbook; 2010. p. 65-78

49. Souza LEPP, Vieira-da-Silva LM, Hartz ZM. A Conferência de consenso sobre a imagem-objetivo da descentralização da atenção à saúde no Brasil. In: Hartz ZMA, Vieira-da-Silva LM, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Salvador: EDUFBA/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005. p. 65-102

50. Silva, R. R., & Brandão, D. Os quatro elementos da avaliação. Olho Mágico: Londrina 2003; 10(2), 59-66. Disponível em:

http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fOs_quatro_elementos_da_avaliacao.pdf

51. Worthen BR, Sanders JR, Fitzpatrick JL. Identificação e seleção de perguntas e critérios de avaliação. In: _____. Avaliação de programas: concepções e práticas. São Paulo: Editora Gente, 2004. cap. 14. p. 341 – 371.

52. Ferraz JAR. Modelo para avaliação de desempenho do sistema de saúde municipal com foco nas ações da saúde materno-infantil da atenção básica por meio de indicadores sociais. [dissertação][internet] Rio de Janeiro, Fundação Getúlio Vargas; 2010. [acesso em 2014 ago 16] Disponível em:

<http://bibliotecadigital.fgv.br/dspace/handle/10438/7738>

53. Roche, N.; Perez, T.; Neukirch, F.; Carré, P.; Terrioux, P.; et al. High prevalence of COPD symptoms in the general population contrasting with low awareness of the disease. *Rev Mal Respir.*, v. 28, n.7, p.58-65, 2011.
54. Queiroz MCCA. Conhecimento dos profissionais e usuários da atenção básica sobre a doença pulmonar obstrutiva crônica. [tese][internet] Goiania, Universidade Federal De Goiás; 2014. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/4325>
55. Sandelowsky, H. Stållberg B, Nager A, Hasselström J.. The prevalence of undiagnosed chronic obstructive pulmonary disease in a primary care population with respiratory tract infections : a case finding study. *BMC Family Practice.* v.12, p.122, 2011.
56. Queiroz MCCA, Moreira MAC, Rabahi MC. Subdiagnóstico de DPOC na atenção primária em Aparecida de Goiânia, Goiás. *J Bras Pneumol.* 2012; 38(6):692-699.
57. Bertella, E.; Zadra, A.; Vitacca, M. COPD management in primary care: is an educational plan for GPs useful? *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 8:24, 2013.
58. Salinas, G.D.; Williamson, J.C.; Kalhan, R.; Thomashow, B.; Scheckermann, J.L. et al. Barriers to adherence to chronic obstructive pulmonary disease guidelines by primary care physicians. *International Journal of COPD*, v. 6 p.171–179, 2011.
59. Verde-Remeseiro, Luis; López-Pardo, Estrella; Ruano-Ravina, Alberto; Gude-Sampedro, Francisco; Castro-Calvo, Ramón. Electronic clinical records in primary care for estimating

disease burden and management. An example of COPD / La historia clínica electrónica en atención primaria en la estimación de la carga y la gestión de una enfermedad. El ejemplo de la EPOC. Gac Sanit; 29(5): 390-392, sept.-oct. 2015. tab.

60. Walters, J.A.; Hansen, E.C.; Walters, H.; Baker, R.W. Under-diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease: a qualitative study in primary care. Respiratory Medicine, v. 102, 738-743, 2008.

61. Price, D.B.; Mbbchir, M.A.; Yawn, B.P.; Jones, R.C.M. Improving the differential diagnosis of chronic obstructive pulmonary disease in primary care. Mayo Clin Proc. v. 85, n. 12, p. 1122-1129, 2010.

62. Brasil. Ministério da Saúde. Cirurgia Torácica e Pneumologia [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 31 p.: il. (Protocolos de encaminhamento da atenção básica para a atenção especializada; v. 5)

63. Jochmann A, Scherr A, Jochmann DC, Miedinger D, Török SS, Chhajed PN, Tamm M, Leuppi JD. Impact of adherence to GOLD guidelines on symptom prevalence, lung function decline and exacerbation rate in a Swiss COPD cohort. Swiss Med Wkly. 2012;142:w13567. doi: 10.4414/smw.2012.13567. (Suica conhecimento AB)

64. Bednarek, M.; Maciejewski, J.; Wosniak, M.; Kuca, P.; Zielinski, J. Prevalence, severity and underdiagnosis of COPD in the primary care setting, Thorax, v. 63, p. 402 – 407, 2008.

65. Yawn, B.P.; Wollan, P.C. Knowledge and attitudes of family physicians coming to COPD continuing medical education. *International Journal of COPD*, v.3 n.2, p.311–317, 2008.
66. Aisanov, Z.; C Bai, H.; Bauerle, O.; Colodenco, F.D.; Feldman, C. et al. Primary care physician perceptions on the diagnosis and management of chronic obstructive pulmonary disease in diverse regions of the world. *International Journal of COPD*, v.7, p. 271–282, 2012.
67. Ministério da Saúde (Brasil), Departamento de Informática do SUS [Internet]. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. SISREGIII. Disponível em: <http://sisregiii.saude.gov.br/>.
68. Leidy NK; Kim K; Bacci ED; Yawn BP; Mannino DM; Thomashow BM; Barr RG; Rennard SI; Houfek JF; Han MK; Meldrum CA; Make BJ; Bowler RP; Steenrod AW; Murray LT; Walsh JW; Martinez F. Identifying cases of undiagnosed, clinically significant COPD in primary care: qualitative insight from patients in the target population. *NPJ Prim Care Respir Med*; 25: 15024, 2015.
69. Kruis AL; Smidt N; Assendelft WJ; Gussekloo J; Boland MR; Rutten-van Mölken M; Chavannes NH. Integrated disease management interventions for patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Cochrane Database Syst Rev*; 10: CD009437, 2013.
70. Xin Liu S, Michael C. Lee MC, Atakhorrani M, Tatousek J, McCormack M, R, Hart N & White DP. Economic Assessment of Home-Based COPD Management Programs COPD: *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*. Volume 10, Issue 6, 2013 pages 640-649

71. Kaufmann C; Markun S; Hasler S; Dalla Lana K; Rosemann T; Senn O; Steurer-Stey C. Performance Measures in the Management of Chronic Obstructive Pulmonary Disease in Primary Care--A Retrospective Analysis. *Praxis (Bern 1994)*; 104(17): 897-907, 2015 Aug 19.

72. Peian Lou, Peipei Chen, Pan Zhang, Jiayi Yu, Yong Wang, Na Chen, Li Zhang, Hongmin Wu, and Jing Zhao. A COPD Health Management Program in a Community-Based Primary Care Setting: A Randomized Controlled Trial. *RESPIRATORY CARE • JANUARY 2015 VOL 60 NO 1*. DOI: 10.4187/respcare.03420

73. Cabanas, M.D.; Rand, C.S.; Powe, N.R.; Wu, A.W.; Wilson, M.H. et al. Why Don't Physicians Follow Clinical Practice Guidelines? *JAMA*, v. 282, p. 1458-1465, 1999.

74. Duffy S, Weir M e Criner GJ. The complex challenge of chronic obstructive pulmonary disease. *The Lancet*. Volume 3, No. 12, p917–919, December 2015
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(15\)00480-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(15)00480-4)

75. Juliet Rumball-Smith J, Wodchis WP, Koné A, Kenealy T, Barnsley J, Ashton T. Under the same roof: co-location of practitioners within primary care is associated with specialized chronic care management *BMC Family Practice* 2014,15:149 Disponible em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/15/149>

APÊNDICE

Apêndice 1 - Modelo Lógico Preliminar da Rede de Cuidados aos Usuários Portadores de DPOC em Recife

	Estrutura	Processo	Resultados	Melhora da qualidade de vida do usuário portador de DPOC
Atenção Primária	<ul style="list-style-type: none"> -ESF completa - População adstrita adequada. - Curso de abordagem mínima ao paciente tabagista. - Equipe NASF. - Disponibilidade das vacinas (Anti Influenza e Pneumocócica Polivalente). - Disponibilidade da Ficha de Solicitação Ambulatorial. - Operador do SISREG, Computador e Internet. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização do teste de rastreamento em todos os pacientes maiores de 40 anos e tabagistas ou ex tabagistas. - Aconselhamento antitabagismo. - Revisão das vacinas (Anti Influenza e Pneumocócica Polivalente). - Acompanhamento de todos os casos, apoiando o auto cuidado. - Articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade (Grupos terapêuticos e de Convívio, Sala de Espera, Associação de moradores). -Preenchimento da Ficha de Solicitação Ambulatorial : Hipótese Diagnóstica, Condições Clínicas e Sociais que Justificam a Solicitação. -Preenchimento da Ficha de Solicitação Ambulatorial : Resultados de Exames Realizados. - Lançamento e acompanhamento das solicitações no SISREG . 	<ul style="list-style-type: none"> -Conhecimento da Prevalência da DPOC no seu território . -Minimizar a progressão da doença. - Redução de complicações decorrentes de infecções. - Melhora na adesão ao tratamento e percepção no estado de saúde, empoderamento de condutas para prevenir e tratar precocemente as exacerbações e a progressão da doença. -Acesso facilitado aos diferentes níveis.. - Conciliação dos tratamentos, adequação clínica da transferência do paciente. - Inexistência de duplicação de exames, consultas, medicamentos. 	
Atenção Especializada	<ul style="list-style-type: none"> -Pneumologista disponível no DS. - Fisioterapeuta Cardiovascular disponível no DS. -Disponibilidade da Ficha de Solicitação Ambulatorial. - Operador do SISREG, Computador e Internet. 	<ul style="list-style-type: none"> -Estadiamento da Doença / Classificação da Gravidade. - Elaboração do Plano Terapêutico. - Realização de Reabilitação Pulmonar. - Preenchimento da Ficha de Solicitação Ambulatorial : Acolhimento e Conduta na Unidade Executante. - Preenchimento da Ficha de Solicitação Ambulatorial : Resultados de Exames Realizados . - Compartilhamento do Plano Terapêutico do usuário. - Matriciamento dos profissionais da Atenção Primária. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento adequado para prevenir a progressão da doença. -Melhora da tolerância aos exercícios e assim ampliar a independência funcional do usuário. - Conciliação dos tratamentos, adequação clínica da transferência do paciente. - Inexistência de duplicação de exames, consultas, medicamentos. 	
Sistema de Apoio	<ul style="list-style-type: none"> - Referência para Espirometria. - Referência para Raio-X. - Transporte. - Assistência Farmacêutica 	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de Espirometria. - Realização de: Raio-X / Hemograma/ Dosagem de alfa-1 antitripsina. - Dispensação dos medicamentos. - Disponibilização de Oxigenoterapia domiciliar. - Estruturação dos fluxos e contrafluxos de pessoas e de produtos na rede. - Preenchimento da Ficha de Solicitação Ambulatorial : Acolhimento e Conduta na Unidade Executante. -Preenchimento-preenchimento da Ficha de Solicitação Ambulatorial : Resultados de Exames Realizados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnósticos realizados em tempo hábil. - Disponibilização de transporte para os pontos da rede para as distintas necessidades. - Tratamento adequado garantido para o usuário - Conciliação dos tratamentos, adequação clínica da transferência do paciente. - Inexistência de duplicação de exames, consultas, medicamentos. 	

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, Raphaela Di Cavalcanti Sales, o(a) convido para participar da pesquisa “A rede de cuidados aos usuários portadores de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica: um estudo de avaliabilidade no município de Recife - Pernambuco”, que é objeto de estudo do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde , pertencente ao Programa de Pós-graduação Strictu Senso em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), do qual sou aluna.

O estudo tem como objetivo aferir a avaliabilidade da rede de cuidados ao paciente portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC na cidade do Recife. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer do processo da entrevista e asseguramos que seus dados pessoais e identidade não serão divulgados. A sua participação será por meio de uma primeira etapa via correio eletrônico, no qual o (a) senhor (a) atribuirá notas de zero a dez a cada para cada um dos componentes, subcomponentes, atividades e resultados propostos no modelo lógico. A nota zero corresponderá ao julgamento de que o item deveria ser excluído, ou seja, sem importância para o modelo, e a nota dez significará a prioridade máxima atribuída pelo especialista. O (A) senhor (a) poderá sugerir novas atividades/resultados ou modificar as proposições apresentadas pela pesquisadora. Após ocorrerá um encontro presencial para a produção de um consenso sobre o objeto de estudo (este momento será gravado) e uma terceira etapa, novamente, por correio eletrônico.

Informamos que o (a) senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. A pesquisa não apresenta riscos para os profissionais participantes, sendo o único risco para a pesquisa as respostas não fidedignas dos mesmos. O sigilo e o anonimato das informações prestadas serão garantidos. Os resultados serão avaliados pela pesquisadora, e qualquer consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, por favor, entre em contato com a mesma pelo telefone celular (81) 9421-1636 ou email: raphaelacsales@gmail.com ou com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar, telefone (81)2122.4756, email: comitedeetica@imip.org.br. O CEP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30hs e 13:30 às 16:00hs.

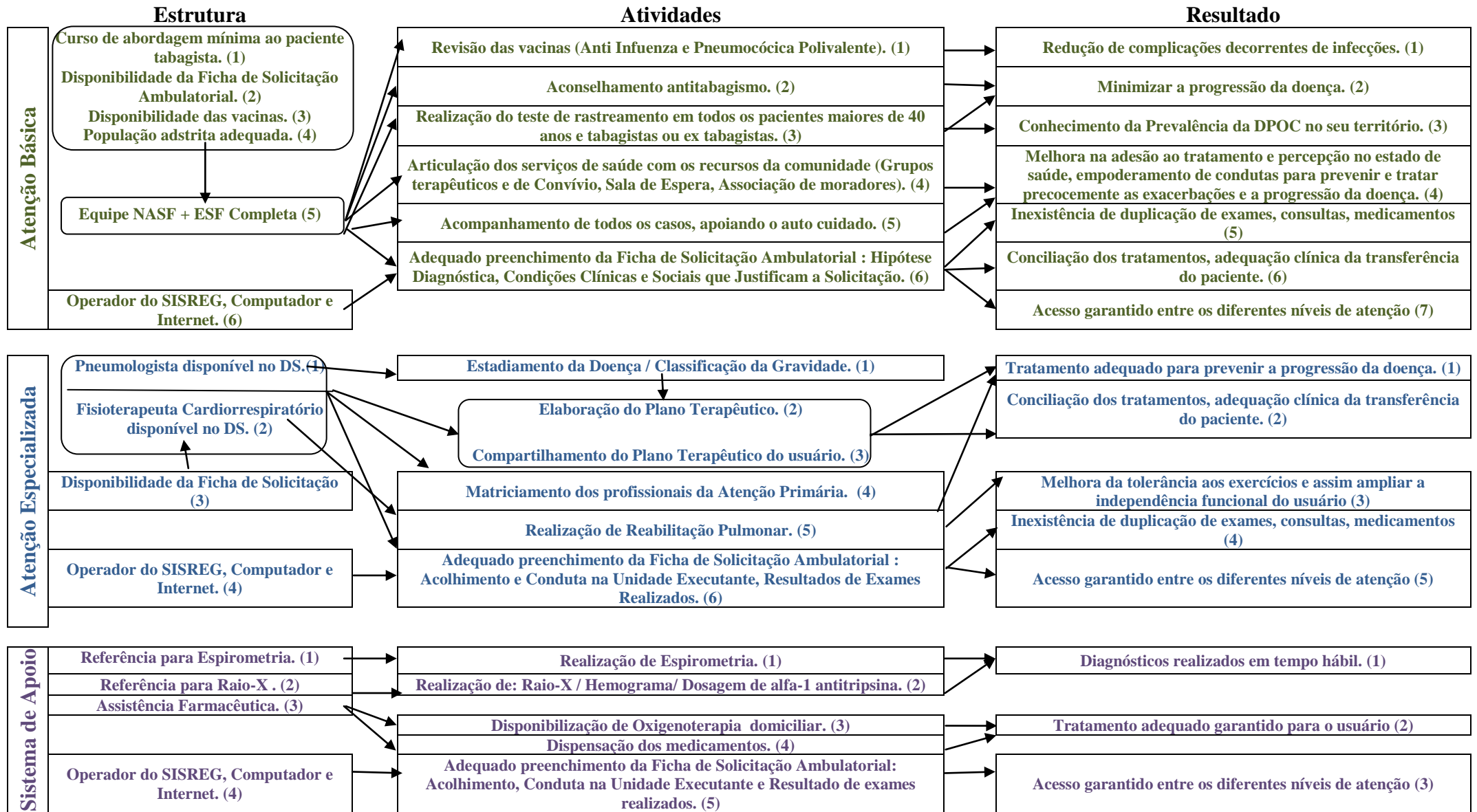
Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com a entrevistadora e a outra com o entrevistado.

Recife, ____ de _____ de _____

Assinatura do entrevistado

Assinatura do entrevistador

Modelo Lógico Final da Rede de Cuidados aos Usuários Portadores de DPOC em Recife



ANEXO



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A REDE DE CUIDADOS AOS USUÁRIOS PORTADORES DE DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE NO MUNICÍPIO DE RECIFE - PERNAMBUCO

Pesquisador: RAPHAELA DI CAVALCANTI SALES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 45815315.7.0000.5201

Instituição Proponente: Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.184.050

Data da Relatoria: 12/08/2015

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo de avaliabilidade a ser proposto para obtenção de grau de mestre no programa avaliação em saúde. Irá estudar sobre doença crônica (DPOC) que evolui para um agravamento, avaliar demanda dos pontos de atenção da rede de forma diferenciada e coordenada para garantir o atendimento adequado ao usuário.

Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar por meio de um estudo de avaliabilidade a rede de cuidados ao paciente portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica - DPOC na cidade do Recife.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos para os profissionais participantes, sendo o único risco para a pesquisa as respostas não fidedignas dos mesmos. Promover a viabilidade e a probabilidade de utilização da avaliação para garantir uma rede de cuidados organizada e articulada, capaz de prestar num serviço de qualidade aos usuários

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo será realizado no período de outubro de 2014 a dezembro de 2015. Coleta de dados em agosto de 2015.

Endereço: Rua dos Coelhos, 300

Bairro: Boa Vista

CEP: 50.070-550

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2122-4756

Fax: (81)2122-4782

E-mail: comitedeetica@imip.org.br



INSTITUTO DE MEDICINA
INTEGRAL PROFESSOR
FERNANDO FIGUEIRA -



Continuação do Parecer: 1.184.050

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos da pesquisa estão bem elaborados.

Recomendações:

O pesquisador respondeu as recomendações solicitadas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

RECIFE, 13 de Agosto de 2015

Assinado por:
Jose Eulalio Cabral Filho
(Coordenador)