

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

**ANÁLISE DOS CONSENSOS SOBRE CRITÉRIOS E**  
**INDICADORES AVALIATIVOS DA ATENÇÃO AOS**  
**PORTADORES DE DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DO**  
**RECIFE - PE**

**SUÊNIA DE SOUSA SILVA BATISTA**

**RECIFE**  
**2019**

**SUÊNIA DE SOUSA SILVA BATISTA**

**ANÁLISE DOS CONSENSOS SOBRE CRITÉRIOS E  
INDICADORES AVALIATIVOS DA ATENÇÃO AOS  
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DO  
RECIFE - PE**

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  
2019**

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP  
Ficha Catalográfica BAB-039/2019  
Elaborada por Túlio Revoredo CRB-4/2078

---

B333a Batista, Suênia de Sousa Silva

Análise dos consensos sobre critérios e indicadores avaliativos da atenção aos portadores de diabetes mellitus no município do Recife – PE / Suênia de Sousa Silva Batista. Orientadora: Isabella Chagas Samico. Coorientadora: Greciane Soares da Silva – Recife: Do Autor, 2019.

90 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, 2019.

1. Assistência à Saúde. 2. Doenças do Sistema Endócrino. 3. Políticas, Planejamento e Administração em Saúde. I. Samico, Isabella Chagas: orientadora. II. Silva, Greciane Soares da: coorientadora. IV. Título.

CDD 616.462

---

**SUÊNIA DE SOUSA SILVA BATISTA**

**ANÁLISE DOS CONSENSOS SOBRE CRITÉRIOS E  
INDICADORES AVALIATIVOS DA ATENÇÃO AOS  
PORTADORES DE DIABETES MELLITUS NO MUNICÍPIO DO  
RECIFE - PE**

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: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

**BANCA EXAMINADORA**

---

Dra Cinthia Kalyne de Almeida Alves - UFPE

---

Dra Luciana Santos Dubeux - IMIP

---

Dra Isabella Chagas Samico

## DEDICATÓRIA

A Deus, autor e consumidor da minha fé, minha fortaleza e socorro presente na angústia;

Aos meus pais (*in memoriam*), Severina de Sousa Silva e Francisco de Assis da Silva, que me amaram incondicionalmente;

Aos meus irmãos, Fernando Luiz de Sousa Silva e Sabrina de Sousa Silva, os melhores irmãos do mundo;

Ao meu marido, Marcos Luiz Batista Moreira por todo amor, incentivo, motivação e presença sempre constante em todos os momentos bons ou ruins;

Ao meu filho Maxwell Benjamin, que trouxe um novo sentido para minha vida, o sorriso banguelinho mais lindo do mundo.

Aos meus sobrinhos Lourice, Manuel e Bárbara, que os amo como se fossem meus filhos.

## **AGRADECIMENTOS**

A minha orientadora, Isabella Chagas Samico e a minha co-orientadora Greciane Soares da Silva, pela compreensão, humanidade, orientação e esforço para conclusão deste trabalho;

As professoras da Banca Examinadora, Dra. Cinthia Kalyne de Almeida Alves e Dra. Luciana Santos Dubeux, pela disponibilidade e ajuda na construção deste trabalho;

Ao Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, por meio do Programa de Pós-graduação em Avaliação em Saúde, por esta oportunidade de crescimento e capacitação profissional;

A todos os colegas de turma, pela contribuição na construção, aquisição e compartilhamento de conhecimentos;

A todos os professores, pela atuação como facilitadores do processo de construção e reconstrução de conhecimentos;

A todos os funcionários do setor de pós-graduação;

Aos especialistas que participaram do painel Delphi;

A Edeilza Rodrigues pelo cuidado, carinho e amor dedicados a meu filho;

A Dr. Hudson Marques pela contribuição com o abstract;

A todos que contribuíram para realização deste trabalho com suas orações, pensamentos positivos e palavras de incentivo.

*“A vida é sobre como aprender a seguir em frente, enfrentar as constantes mudanças e entender que tudo isso faz de você mais forte e resistente”*

(Jey Leonardo)

## RESUMO

**Objetivo:** Analisar os consensos acerca de critérios e indicadores para avaliação da atenção ao portador de diabetes mellitus II na Rede de Atenção à Saúde no município do Recife-PE. **Método:** Foi realizado um estudo quantitativo, utilizando o método Delphi para análise de consenso de critérios e indicadores que compõem uma matriz de análise e julgamento da avaliação da atenção ao portador de diabetes mellitus II na Rede de Atenção à Saúde no município do Recife-PE. A matriz foi composta por critérios e indicadores dos seguintes componentes: coordenação da gestão clínica, coordenação da informação e coordenação administrativa e foi submetida à apreciação de 10 *experts* utilizando a escala de Likert com escala de pontuação de 1 a 5 atribuída a cada indicador da matriz, além de sugestões de inclusão, exclusão ou adequações de componentes, critérios e indicadores. Para alcance do consenso as rodadas de consulta aos especialistas foram repetidas, considerando o mínimo de concordância de 75% entre as respostas por pelo menos 60% dos participantes para a maioria dos indicadores. **Resultados:** Obteve-se uma matriz de análise e julgamento composta por duas dimensões, estrutura e processo. Possui três componentes, coordenação da informação, coordenação da gestão clínica e coordenação administrativa, os quais estão subdivididos nos seguintes critérios: coordenação da informação (transferência da informação e uso da informação), coordenação da gestão clínica (coerência da atenção, seguimento adequado do paciente e acessibilidade entre níveis) e coordenação administrativa (existência de mecanismo, referência administrativa e ordenação do acesso). A matriz possui ainda 40 indicadores com seus respectivos padrões e pontuações. **Conclusões:** O instrumento de avaliação desenvolvido nesta pesquisa pode se tornar uma ferramenta útil para os profissionais de saúde e gestores na avaliação da atenção à saúde, bem como na identificação de falhas existentes no sistema e ainda poderá contribuir para o processo da institucionalização da avaliação.

**Palavras-chave:** Assistência integral à saúde; Diabetes mellitus; Consenso; Avaliação em saúde.

## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the consensus on criteria and indicators in order to evaluate the care with patients diagnosed with type 2 diabetes at Health Care Network in Recife-PE, Brazil. **Method:** A quantitative study was performed considering the Delphi method to analyze the consensus on criteria and indicators that compose a matrix of analysis and judgment of the evaluation of the care with patients diagnosed with type 2 diabetes at Health Care Network in Recife-PE, Brazil. The matrix was composed by criteria and indicators of the following elements: clinical management coordination, information coordination and administrative coordination. The matrix was analyzed by 10 experts by using the Likert scale, with score scale from 1 to 5, assigned to each indicator in the matrix, besides suggestions of inclusion, exclusion or adaptations of elements, criteria and indicators. To reach the consensus, the consultation rounds to the experts were repeated, aiming 75% as the least disagreement among the answers by at least 60% of participants to most indicators. **Results:** A matrix of analysis and judgment composed by two features (structure and process) was obtained. It has three elements: clinical management coordination, information coordination and administrative coordination, which are subdivided in the following criteria: information coordination (information transfer and information use), clinical management coordination (care coherence, patient proper referral and levels accessibility) and administrative coordination (existence of mechanism, administrative reference and access ordering). The matrix still has 40 indicators with their respective patterns and scores. **Conclusions:** The evaluation tool developed in this study can be an useful tool for health professionals and managers in evaluating healthcare, as well as in identifying fails in the system and it can also contribute to the process of institutionalization of evaluation.

**Keywords:** Health full assistance; Type 2 Diabetes; Consensus; Health evaluation

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AE	Atenção especializada
AH	Atenção hospitalar
APS	Atenção primária à saúde
AVC	Acidente vascular cerebral
DALYs	Disability-adjusted life years
DCNT	Doenças crônicas não transmissíveis
DM	Diabetes mellitus
DM1	Diabetes mellitus tipo 1
DM2	Diabetes mellitus tipo 2
DRC	Doença renal crônica
DS	Distrito sanitário
ESF	Estratégia saúde da família
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IBGE	Instituto brasileiro de geografia e estatística
MCC	Modelo de cuidado de doenças crônicas
MR	Microrregião
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
RAS	Rede de atenção à saúde
RISS	Rede integrada dos serviços de saúde
RPA	Região político-administrativa
SAD	Serviço de atendimento domiciliar
SIM	Sistema de informação de mortalidade
SUS	Sistema único de saúde
TCLE	Termo de consentimento livre esclarecido
TRS	Terapia renal substitutiva
TTo	Tratamento

## LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1	Fases utilizadas para obtenção do grau de consenso da Coordenação da atenção na Rede de Atenção à Saúde do Portador de Diabetes Mellitus tipo II. Recife, Pernambuco, Brasil, 2017.....	46
Quadro 1	Modelo Lógico.....	32
Quadro 2	Matriz de Julgamento.....	38
Quadro 3	Classificação dos indicadores com maior e menor concordância de acordo com a dimensão, componente e critérios. Recife-PE, 2017....	48
Tabela 1	Informações sociodemográficas e laborais segundo o número de rodadas – Técnica Delphi do Painel de Especialistas, Recife-PE, 2017.....	44
Tabela 2	Nível de concordância dos especialistas nas três rodadas da técnica Delphi. Recife-PE, 2017.....	52

## SUMÁRIO

I INTRODUÇÃO	01
1.1 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DCNT	1
1.2 DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICAÇÕES	5
1.3 A FRAGMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO	8
1.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A COORDENAÇÃO DO CUIDADO	12
1.5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E A TÉCNICA DELPHI	17
II JUSTIFICATIVA.....	24
III OBJETIVOS	26
3.1 OBJETIVO GERAL	26
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
IV MÉTODO	27
4.1 DESENHO DO ESTUDO	27
4.2 LOCAL DO ESTUDO	27
4.3 CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS PARA SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES	27
4.4 ETAPAS METODOLÓGICAS	28
4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	30
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	30
4.7 INSERÇÃO INSTITUCIONAL DA PESQUISA	31
V RESULTADOS	37
VI DISCUSSÃO	54
VII CONCLUSÃO.....	58
VIII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	59
APÊNDICE	70
ANEXO.....	72

## **I INTRODUÇÃO**

### **1.1 AS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS - DCNT**

Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem uma condição incapacitante que requer longo tempo de cuidado, além de contínua e concomitante ação de prevenção primária, secundária e serviço de reabilitação com estratégias necessárias para mudança de estilo de vida, para enfrentar sintomas, mudanças familiares e sociais e está intimamente relacionada com o aumento da idade. Os principais fatores de risco relativos às DCNT são herança genética, idade avançada, causa congênita, tabagismo, a alimentação não saudável, o sedentarismo e o uso excessivo de álcool<sup>1,2,3,4</sup>, os quais são responsáveis por mais de dois terços de todos os novos casos de DCNT e pelo aumento de suas complicações<sup>2</sup>.

A situação das DCNT no mundo está sendo considerada como uma epidemia, capaz de ameaçar o desenvolvimento social, econômico e ambiental global. As doenças crônicas representam dois terços da carga de doença dos países de média e baixa renda e com previsão de chegar a três quartos até 2030<sup>5</sup>.

Esta situação é agravada pela transição demográfica e epidemiológica acelerada que vem ocorrendo em diversos países<sup>2</sup> o que gera o envelhecimento da população com o aumento da expectativa de vida e redução da taxa de mortalidade infantil, favorecendo a possibilidade de exposição ao risco de problemas crônicos<sup>3,5</sup>.

Em vários países, seja de alta, média ou baixa condição socioeconômica, as DCNT são responsáveis pela maioria dos adoecimentos e mortes. Os indicadores de mortalidade já se mostram mais elevados nos de baixa e média renda do que nos países ricos e a projeção dos anos de vida perdidos ajustados por incapacidade (*Disability-Adjusted Life Year -DALY*) para 2030 prevê um aumento de 37% nos países de baixa renda e 11% nos países de média renda, comparando com a situação de 2008<sup>2</sup>.

As DCNT acarretam elevados índices de mortes prematuras, altos números de anos de vida perdidos, sequelas, incapacidades, perda da qualidade de vida, limitação para o trabalho e funcionalidade do paciente<sup>2,5</sup>, além de impacto econômico negativo para família, comunidade e sociedade em geral, devido ao aumento dos gastos com a saúde, o que em longo prazo compromete a sustentabilidade dos sistemas de saúde<sup>2</sup>.

À semelhança do que está ocorrendo no mundo, o Brasil está passando por um momento de transição demográfica acelerada, com consequente aumento do número de idosos<sup>6,7</sup>. A proporção de idosos no Brasil passou de 6,3% em 1980 para 7,6% em 1996, estima-se que em 2025 alcançará 14%<sup>7</sup>e em 2050 chegará a 19%, superando o número de jovens<sup>2</sup>. Este acelerado processo de envelhecimento da população traz consigo um crescente incremento relativo às DCNT<sup>6,7</sup>. As condições crônicas que atingem a terceira idade exigem tratamento de longa duração e recuperação mais lenta e complicada, com consequentes intervenções de elevado custo<sup>8</sup>.

Nesse contexto tem-se também o perfil epidemiológico brasileiro caracterizado por uma tripla carga de doenças que envolvem a persistência das doenças infecciosas e parasitárias, problemas de saúde advindos de causas externas e as doenças crônicas não transmissíveis<sup>4,9</sup>. Um estudo que avaliou as principais causas de anos de vida perdidos por morte prematura ou por incapacidade (DALY) para o Brasil evidenciou que as doenças crônicas responderam por 66,3% de DALYs; as doenças infecciosas por 23,5%; e as causas externas por 10,2%. Revelou ainda que o diabetes mellitus (5,1%), as doenças isquêmicas do coração (5,0%) e as doenças cerebrovasculares - primeiro episódio (4,6%), juntos foram responsáveis por 14,7% do total do DALY, características de um padrão epidemiológico de países desenvolvidos<sup>8</sup>.

Um estudo realizado por Scmith et al. (2011) verificou que no ano de 2007, cerca de 72% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT, 10% às doenças infecto-parasitárias e 5% às causas materno-infantis. Foi observada que a morbimortalidade causada pelas DCNT é maior na população mais pobre e que a prevalência de hipertensão e diabetes tem aumentado. Apesar de a mortalidade bruta causada pelas DCNT ter aumentado 5% entre 1996 e 2007, a mortalidade padronizada por idade diminuiu 20% neste mesmo período em decorrência das doenças cardiovasculares e respiratórias crônicas<sup>10</sup>.

Em 1996, a mortalidade por DCNT foi maior no Nordeste e em 2007 foi mais alta no Norte e no Nordeste, que também tiveram os maiores aumentos de mortalidade por

diabetes nesse período. Entre 1996 e 2007 diminuiu em todas as regiões, com maior redução no Sul e Sudeste<sup>10</sup>.

Por outro lado, as taxas de mortalidade por DCNT padronizada por idade mostraram uma diminuição de 31% entre 1991 e 2010, o que corresponde a uma redução um pouco menor do que 2% ao ano. Isso revela que o Brasil vem respondendo ao desafio representado pelas DCNT<sup>11</sup>.

As séries anuais do Vigitel, 2006-2010, mostram indicadores desfavoráveis relacionados a fatores de risco como sedentarismo e consumo abusivo de álcool, bem como um aumento de 8,0% na prevalência de hipertensão e 19% de diabetes, importantes determinantes para aumento da morbidade<sup>11</sup>.

Do total de óbitos registrados no sistema de informação sobre mortalidade (SIM) em 2011, 68,3% foram atribuídos às DCNT. Após correção do sub-registro e da redistribuição das causas mal definidas de óbito, esse percentual aumentou para 72,7%. Dentre as causas mais frequentes estiveram as doenças cardiovasculares (30,4%), as neoplasias (16,4%), as doenças respiratórias (6,0%) e o diabetes (5,3%), que juntas representam 79,8% dos óbitos por DCNT. Este mesmo estudo, fazendo projeções para 2022, avaliou que se mantendo uma redução de 2% ao ano, a mortalidade por DCNT alcançará 302,7/100 mil hab., distribuída da seguinte maneira: doenças cardiovasculares, 146,7/100 mil hab.; neoplasias, 106,4/100 mil hab.; diabetes, 26,9/100 mil hab.; doenças respiratórias crônicas, 22,5/100 mil hab<sup>12</sup>.

## 1.2 DIABETES MELLITUS E SUAS COMPLICAÇÕES

Entre as principais DCNT encontram-se as doenças cardiovasculares, as crônicas respiratórias, o câncer e a diabetes mellitus<sup>2,13</sup>. Assim como tem ocorrido com os demais problemas crônicos, encontra-se em curso uma epidemia de diabetes mellitus (DM). Estima-se que em 1985 havia no mundo 30 milhões de adultos portadores de DM. Entre 1995 e 2002 este número cresceu para 135 e 173 milhões respectivamente, com uma projeção de atingir 300 milhões em 2030. Este aumento no número de indivíduos diabéticos é decorrente da urbanização, do crescimento e envelhecimento da população, maior sobrevivência dos pacientes com DM, além da presença de fatores de risco como obesidade e sedentarismo<sup>14</sup>.

Diabetes mellitus (DM) é uma doença caracterizada por hiperglicemia decorrente da falta de insulina e/ou falhas, por parte do organismo em utilizar de maneira adequada a insulina produzida. Pode ser etiologicamente classificada em: diabetes tipo 1 (DM1), presente em 5 a 10% do número de casos e decorre da destruição das células beta do pâncreas; diabetes tipo 2 (DM2), acomete cerca de 90% dos diabéticos e é caracterizada pela resistência à insulina; diabetes gestacional, é um quadro de intolerância à glicose, diagnosticado pela primeira vez na gestação; outros tipos de diabetes menos comuns são aqueles decorrentes de defeitos genéticos, associações com outras doenças ou uso de fármacos<sup>14,15</sup>.

As consequências da diabetes em longo prazo são severas incluindo disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos<sup>14</sup>, constituindo-se um importante fator de risco para condições graves, como as doenças cardiovasculares, a insuficiência renal e a cegueira<sup>2</sup>. Por sua natureza crônica e a severidade das suas complicações, o tratamento da DM se torna bastante oneroso para o paciente, a família e os serviços de saúde<sup>15, 16</sup>. Além disso, apresenta gastos intangíveis, que afetam a qualidade de vida e provocam grandes impactos para os seus portadores e familiares<sup>15</sup>.

As complicações crônicas da diabetes mellitus podem ser classificadas em alterações microvasculares (retinopatia, nefropatia e neuropatia) e macrovasculares (doenças arterial coronariana, cerebrovascular e vascular periférica)<sup>15, 17, 18, 19, 20</sup> e após cerca de 15 anos de diabetes instalada, acomete aproximadamente de 60 a 80% dos pacientes<sup>15</sup>.

Por outro lado a nefropatia diabética é considerada uma das principais causas de insuficiência renal terminal<sup>18, 21</sup>. Em torno de 25% dos pacientes em hemodiálise são portadores deste tipo de nefropatia<sup>21</sup> sendo a patologia mais frequentemente associada a casos novos de pacientes em terapia renal substitutiva<sup>19</sup>.

Estudos mostram que o padrão etiológico da doença renal crônica no Brasil sofreu mudanças nas últimas décadas. Atualmente as duas principais causas são a hipertensão e a diabetes mellitus com 35% e 30%, respectivamente<sup>22</sup>. São responsáveis por mais da

metade dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetidos à diálise no Sistema Único de Saúde(SUS)<sup>23</sup>.

Outra complicação crônica importante decorrente do inadequado controle glicêmico é a neuropatia diabética<sup>24</sup> que apresenta um quadro variado, composto por múltiplos sinais e sintomas a depender da sua localização<sup>18</sup>, com lesões progressivas em fibras sensoriais, motoras e/ou autonômicas<sup>18,24</sup> podendo variar de assintomática a incapacitante<sup>18</sup>.

Já a doença cardiovascular é a principal causa de mortalidade em pacientes diabéticos<sup>19,25</sup>, entre 50 a 80% da mortalidade nesta população é atribuída a estas patologias, que incluem o infarto agudo do miocárdio (IAM), o acidente vascular cerebral (AVC) e a doença arterial periférica, tendo como principais fatores de risco: a idade, o sedentarismo, hábitos alimentares inadequados, excesso de peso/obesidade, tabagismo, hiperglicemia, hipertensão arterial e dislipidemia<sup>19</sup>. Um bom acompanhamento da DM na APS evita hospitalizações e morte por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares<sup>16</sup>.

Uma vez que a DM figura como um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de complicações graves que aumentam a morbimortalidade desta população e afetando sua qualidade de vida, o controle adequado da glicose pode diminuir o risco de desenvolvimento destas complicações, bem como reduzir sua progressão causando impacto positivo na vida de seus portadores e familiares.

### **1.3 A FRAGMENTAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E AS REDES DE ATENÇÃO**

A crise contemporânea que afeta os sistemas de saúde em todos os países, decorre de inconsistências entre a transição demográfica e a transição epidemiológica nos países desenvolvidos e a dupla ou tripla carga de doenças nos países em desenvolvimento e como os sistemas se organizam para dar as respostas às necessidades da população<sup>6</sup>. Esta crise é marcada fortemente por uma situação de saúde na qual predominam as condições crônicas e sistemas fragmentados de atenção, que funcionam de forma episódica e reativa, especialmente para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas<sup>1, 6, 7, 26, 27</sup>. Tem-se então uma contradição entre uma situação de saúde do século XXI convivendo com sistema de saúde do século XX<sup>5,26</sup>.

Tais sistemas de atenção à saúde são insatisfatórios na forma e nas funções, voltados para indivíduos genéricos, os quais não chegam a ser verdadeiros sujeitos dos seus próprios processos de tratamento. Os sistemas fragmentados estão organizados por componentes isolados e níveis hierárquicos, com atenção voltada para as condições agudas, operando de forma predominantemente reativa, com ênfase curativa e reabilitadora, centrados no cuidado médico, na gestão da oferta e no pagamento de serviços que não leva em consideração a apresentação de resultados<sup>2</sup>.

Conceitualmente, os sistemas fragmentados de atenção à saúde são formados por um conjunto de pontos de atenção à saúde isolados que não se comunicam entre si, ou seja,

a atenção primária à saúde (APS) não se comunica com a atenção secundária e estas não se comunicam com o nível terciário, nem com os sistemas de apoio e logístico, impossibilitando a prestação de uma assistência contínua à população<sup>6, 26, 27</sup>. Desta forma, a APS não consegue exercer o seu papel de centro comunicador e coordenador do cuidado. Frequentemente não há uma população adscrita sob a sua responsabilidade, o que se traduz em uma incapacidade de gestão baseada na população. Operando desta forma, esses sistemas constituem-se um desastre econômico em todo o mundo<sup>6</sup>.

A situação de saúde com predominância de condições crônicas não pode ser atendida, com eficiência, efetividade e qualidade nesse tipo de sistema. Os sistemas fragmentados não funcionaram nos países desenvolvidos e também não está dando bons resultados no Brasil<sup>6, 26, 27</sup>. Tais sistemas precisam ser ajustados para que possam atender adequada e efetivamente as condições crônicas e suas agudizações<sup>2</sup>.

A organização de sistemas de saúde mais integrados e a melhor coordenação proporcionam uma atenção menos onerosa, de melhor qualidade e direcionada a atender agravos crônicos, os quais são pouco responsivos à atenção médica-centrada, fragmentada e organizada para responder a condições agudas, não garantindo atenção integral ao paciente crônico<sup>28</sup>.

A formação das redes de atenção (RAS) à saúde tem sido recomendada como a melhor opção para o enfrentamento das condições crônicas. Por meio da integração do sistema consegue-se produzir respostas mais adequadas às necessidades de saúde da população.

É possível ainda exigir a reformulação e reorientação do papel da APS, que deve ter caráter central e ordenador sobre os fluxos de pacientes e serviços dentro das redes, incluindo os serviços especializados e hospitalares<sup>2</sup>.

As redes de atenção à saúde (RAS) são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e que atuam de forma cooperativa e interdependente. Esse tipo de organização permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, tendo o cuidado coordenado pela APS, prestada de maneira humanizada, no tempo e lugar certos, com a qualidade e o custo certos e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população<sup>6</sup>.

São três os elementos que constituem RAS: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção<sup>6</sup>. O primeiro elemento, a população colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica, é a sua razão de ser, ou seja, a atenção baseada na população é uma característica essencial da RAS<sup>6,7,27</sup>. O conhecimento desta população envolve diversos momentos: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos sócio sanitários; a vinculação das famílias a uma unidade de APS (Equipe de Saúde da Família); a identificação de subpopulações com fatores de risco; a identificação das subpopulações com condições de saúde estratificadas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas<sup>6,7</sup>.

O segundo elemento da RAS, a estrutura operacional, é formada por cinco componentes: o centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde<sup>6,7, 27</sup>.

Já o terceiro elemento, os modelos de atenção à saúde, são sistemas lógicos responsáveis pela organização do funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde<sup>6,7</sup>.

Esses modelos precisam ser centrados no usuário<sup>29,30</sup>. Para isso, a atenção deve ser organizada de maneira integrada e os cuidados necessitam ser coordenados ao longo do percurso assistencial numa lógica de rede, sendo requisitos para compor uma linha de cuidados. Nesta perspectiva, o cuidado ao paciente deve ser gerenciado desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida, com a integração de todos os níveis de atenção<sup>30</sup>.

O Modelo de Cuidado de Doenças Crônicas (MCC) desenvolvido por Wagner e colaboradores no MacColl Institute for Health Innovation de Seattle, EUA, identifica como elementos essenciais de um sistema de saúde, para proporcionar uma atenção de alta qualidade do cuidado: a comunidade, a organização do sistema de saúde; o apoio ao

autocuidado; o desenho da linha de cuidado para a gestão integrada, o apoio à decisão clínica e o sistema de informação, fazendo uma abordagem organizacional da gestão integral de pessoas com doenças crônicas<sup>23</sup>.

O MCC é composto de seis elementos, subdivididos em dois grandes campos: o sistema de atenção à saúde e à comunidade. No sistema de atenção à saúde, as mudanças devem ser feitas na organização da atenção à saúde, no desenho do sistema de prestação de serviços, no suporte às decisões, nos sistemas de informação clínica e no autocuidado apoiado. Na comunidade, as mudanças estão centradas na articulação dos serviços de saúde com os recursos da comunidade. Esses elementos apresentam interrelações que permitem desenvolver usuários informados e ativos e equipe de saúde preparada e proativa para produzir melhores resultados sanitários e funcionais para a população<sup>6,7</sup>.

Contudo, para que a RAS cumpra seu papel, a APS deve ser fortalecida, organizada e coordenadora do cuidado, sendo responsável pelo fluxo do usuário na rede de atenção à saúde<sup>31</sup>, pois sem uma APS bem estruturada não se pode pensar em RAS efetivas, eficientes e de qualidade<sup>26</sup>.

## **1.4 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A COORDENAÇÃO DO CUIDADO**

A mudança no padrão das necessidades da população provocada pelas DCNT impõe aos sistemas de saúde uma configuração sensível à equidade e a busca da resolubilidade dos

problemas de saúde, não mais na perspectiva de cura, mas do cuidado<sup>32</sup>. Sendo assim, os sistemas de atenção à saúde fortemente orientados para a APS são mais adequados por ter sua organização baseada nas necessidades de saúde da população; mais efetivos por causar impacto significativo nos níveis de saúde da população; mais eficientes por apresentar menores custos com redução de procedimentos mais caros; mais equânime porque favorece positivamente populações e regiões mais pobres, diminuindo os gastos das pessoas usuárias e suas famílias; e de maior qualidade, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção das doenças, ofertando tecnologias mais seguras para os usuários do sistema e para os profissionais de saúde<sup>7</sup>.

No Brasil, desde 1994 foi introduzido na atenção primária à saúde equipes multidisciplinares que incluem médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde<sup>32</sup> e trabalham de maneira interdisciplinar<sup>25</sup>. A partir de então, a Política Nacional de Atenção Básica passou a ser estruturada por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>26,33</sup>. Estudos comparativos feitos em diversas partes do país (Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte, Rio Grande do Sul, Santa Catarina, São Paulo, Goiás, Mato Grosso, Petrópolis e Curitiba) revelam que a ESF tem um desempenho melhor que APS tradicional<sup>26</sup>.

A atenção primária foi planejada para oferecer a entrada do usuário no sistema de saúde prestando uma atenção para a pessoa e não para a doença no decorrer do tempo. Este nível deveria fornecer serviços de prevenção, cura e reabilitação e atenção para todas as condições de saúde, com exceção àquelas muito raras. E ainda coordenar a atenção

oferecida nos outros níveis da assistência, ou seja, formar a base e determinar o trabalho dos outros níveis de atenção do sistema de saúde racionalizando os recursos direcionados para promover, manter e melhorar a saúde<sup>34</sup>.

Operacionalmente a APS possui quatro atributos essenciais (primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação) e três derivados (focalização na família, orientação comunitária e competência cultural) e para que haja uma APS de qualidade é necessário que estes sete atributos sejam operacionalizados em sua totalidade<sup>27,34</sup>, visto que todos eles estão interrelacionados<sup>35</sup>. E, principalmente, que haja fortalecimento do atributo coordenação<sup>32</sup>.

*“A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS”*, sendo capaz de ordenar os fluxos e os contra fluxos dos usuários, dos serviços prestados e das informações entre os diferentes componentes das redes<sup>27</sup>.

Diante da fragmentação do modelo assistencial, integrar os serviços de saúde deve ser condição peculiar a toda reforma de políticas públicas cuja base seja a APS<sup>36</sup>. Entende-se, portanto, que a APS facilita a integração entre serviços, profissionais e trabalhadores de saúde. Essa integração visa evitar a fragmentação e alcançar atenção integral e integrada<sup>37</sup> por meio da coordenação assistencial a qual se traduz na percepção de continuidade dos cuidados na perspectiva do usuário<sup>38</sup>. Sem ela, a longitudinalidade

diminuiria seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato se tornaria meramente administrativa<sup>34,39</sup>.

A coordenação da assistência apresenta vantagens que vão além da redução de custos e objetiva melhoria do acesso dos pacientes a atenção adequada, qualidade da atenção e tornar o sistema de saúde mais efetivo<sup>40</sup>. Portanto, deve ser realizada sistematicamente, bem estruturada<sup>41</sup>, com papéis e responsabilidades relativos a todos os níveis de atenção bem definidos<sup>34,41</sup>, assim como um vínculo bem estabelecido entre estes níveis<sup>34</sup> e um forte monitoramento<sup>41</sup>.

Na coordenação entre níveis podem ser observados três tipos distintos de coordenação: administrativa, gestão clínica e da informação<sup>40,42</sup>. A Coordenação Administrativa coordena o acesso do usuário aos diversos pontos de atenção à saúde de acordo com suas necessidades ao longo do contínuo assistencial<sup>40</sup>.

A Coordenação da Gestão Clínica é a prestação da assistência de maneira sequencial e complementar, seguindo um plano de atenção previamente traçado, conhecido e compartilhado entre todos os níveis de atenção e prestadores dos serviços<sup>40</sup>. Neste sentido, a Gestão Integrada da Doença (GID) incorpora a gestão clínica da doença, centrada no usuário, enfocando sua autogestão com definição clara das melhores práticas profissionais para que se tornem uniformes. Há reorganização do modelo de atenção em que o paciente é direcionado no sistema para receber cuidados no nível mais adequado às suas necessidades com a colaboração e coordenação dos diferentes níveis

de atenção. Estes oferecem cuidados de saúde integrados e de boa qualidade em termos de prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e acompanhamento<sup>43</sup>.

A Coordenação da Informação é a transferência de informação, entre níveis de atenção, dos problemas de saúde do usuário, da assistência prestada em episódios anteriores e da situação socioeconômica, bem como o uso destas informações na atenção atual ao usuário<sup>35</sup>. Para atingir a coordenação do cuidado é necessário haver mecanismos adequados de transferências de informações os quais são essenciais para que se garanta também a continuidade da assistência<sup>34</sup>.

Em revisão sistemática realizada por Haggerty *et al* (2013) há uma promessa implícita de que os profissionais se comunicarão e coordenarão a atenção à saúde através de fronteiras e que a descontinuidade prejudica a confiança dos pacientes e pode trazer consequências negativas para sua saúde. Embora a maioria das reformas relacionadas à continuidade enfatize a integração de informações e serviços, a perspectiva do paciente enfatiza a necessidade de apoiar e proteger a continuidade relacional com clínicos confiáveis<sup>44</sup>.

Entretanto, uma revisão da literatura mostra que não há consenso sobre a melhor forma de abordar a análise de coordenação e continuidade entre os níveis de atenção e sua relação com a qualidade dos cuidados. No entanto, a evidência empírica indica que a falta de coordenação entre os níveis de atenção é uma das causas mais frequentes da má qualidade da atenção, acarretando duplicação de testes diagnósticos, polifarmácia

perigosa, encaminhamentos inadequados e confusão sobre planos de cuidados conflitantes, sugerindo que uma maneira apropriada e necessária para tratar a melhoria da qualidade é avançar na coordenação de cuidados<sup>42</sup>.

## 1.5 AVALIAÇÃO EM SAÚDE E A TÉCNICA DELPHI

Toda avaliação implica um julgamento no qual o veredicto está baseado na comparação entre o objeto a ser avaliado e uma situação ideal ou desejável<sup>45</sup>. A avaliação é um processo destinado à tomada de decisão que envolve medir, comparar, emitir juízo de valor e tomar decisão. Não se limita apenas a descrever uma situação, mas busca aumentar a capacidade do gestor em mobilizar recursos na medida em que o juízo de valor emitido visa identificar os gargalos no fluxo e a necessidade de tecnologias a serem otimizadas ou disponibilizadas nos diversos níveis de atenção para promover a integralidade da atenção à saúde<sup>46</sup>.

Adota-se aqui a definição de que:

*“Avaliar consiste fundamentalmente em emitir um juízo de valor sobre uma intervenção, implementando um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre essa intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de proceder de modo a que os diferentes atores envolvidos, cujos campos de julgamento são por vezes diferentes, estejam aptos a se posicionar sobre a intervenção para que possam construir individual ou coletivamente um julgamento que possa se traduzir em ações”<sup>47</sup>.*

A avaliação de intervenções tem significados e escopos abrangentes<sup>48</sup>, contudo deve contribuir para sua melhoria e a qualidade de vida dos usuários dos serviços de saúde

tornando-se relevante por viabilizar escolhas de planejamento e possibilitar um controle técnico e social dos serviços e programas prestados à sociedade<sup>49</sup>.

Nas últimas décadas vem sendo desenvolvidas no Brasil diversas iniciativas voltadas para avaliação em saúde. *A priori* foram realizadas pesquisas acadêmicas, no entanto o interesse pela avaliação não mais se restringe ao âmbito acadêmico e tem gerado um senso de responsabilidade entre gestores e profissionais, bem como uma exigência por parte de financiadores externos<sup>50</sup>. Todos os sujeitos envolvidos (planejadores, gestores, financiadores, executores e usuários) desejam saber como são implementadas, os seus custos, seus rendimentos e os seus efeitos, tanto os desejáveis como os indesejáveis<sup>48</sup>.

Em um contexto que envolve um sistema de saúde complexo, com grandes incertezas nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções passíveis de resolvê-los e onde as expectativas da população crescem a cada dia, torna-se difícil tomar decisões que atendam aos princípios de universalidade de acesso, qualidade da atenção e viabilidade econômica do SUS, sendo necessárias informações sobre o funcionamento, a qualidade, a efetividade, segurança e satisfação dos usuários dos serviços de saúde e para tanto a avaliação parece ser a alternativa mais adequada<sup>51</sup>.

Utilizar a avaliação como ação crítica reflexiva contínua contribui efetivamente para fornecer informações aos gestores e profissionais gerando os conhecimentos necessários à tomada de decisão<sup>45,46,52,53,54</sup> voltada para atender às demandas e necessidades de saúde

e para o alcance da resolubilidade do sistema e satisfação dos usuários<sup>52</sup>. A avaliação é, portanto, um componente indispensável do processo de planejamento<sup>45</sup>.

Nesse sentido, as três esferas de governo parecem ter os desafios de realizar um adequado planejamento e uma gestão competente que amplie o acesso e a cobertura da média e da alta complexidade, proporcione maiores investimentos, garanta uma melhor qualidade do sistema. E ter um eficaz e sistemático mecanismo de avaliação e monitoramento das políticas de saúde, programas e projetos, no intuito de melhorar sua organização e a qualidade de modo a favorecer a tomada de decisões por parte dos gestores para implementação de novas propostas<sup>55</sup>.

Esses desafios têm se tornado cada vez maiores em consequência da ampliação na oferta dos serviços, do aumento substancial dos custos decorrente da incorporação de novas tecnologias, da necessidade dos serviços em responder às demandas e problemas de saúde decorrentes das transições epidemiológica e demográfica<sup>56</sup> e da necessidade de reduzir os gastos públicos com saúde. Tudo isso gera a sensação de que o sistema não consegue corresponder a estas demandas e que está com sua viabilidade comprometida, necessitando, portanto de reformulações e aprofundamento<sup>57</sup>.

Para tanto, as decisões de gestores, planejadores e profissionais devem estar pautadas em conhecimentos científicos sólidos, fazendo-se necessário a institucionalização da avaliação em todos os níveis do sistema de saúde e a criação de uma verdadeira cultura de avaliação, o que permitirá a tomada de decisão baseada em evidências. Obviamente,

os resultados de uma avaliação não são automaticamente convertidos em decisões<sup>53</sup>, podem não garantir a qualidade nem melhorar os cuidados<sup>58</sup>, mas produzem informações que contribuem para validar o julgamento de uma determinada situação e influenciar positivamente as decisões<sup>57</sup>.

Diante deste panorama, a garantia da qualidade da atenção levando-se em consideração os princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social tem sido desafiante ao SUS<sup>52</sup>. Por isso, o Ministério da Saúde (MS) tem sugerido a avaliação como instrumento permanente para a tomada de decisões<sup>52,59</sup> e ferramenta importante para qualificação da atenção à saúde dos indivíduos, da família e da comunidade<sup>52</sup>.

Neste sentido, as técnicas de consenso foram identificadas como as mais apropriadas para produzir avaliação de critérios ou indicadores na ausência de reconhecimento e parâmetros científicos e técnicos validados. Além de ser tecnicamente recomendado, a escolha de métodos e técnicas participativas de consensos de *experts* é de grande importância, pois se constitui uma estratégia metodológica e expressa um princípio ético e heurístico em relação às opiniões, expectativas, conhecimentos e experiências dos participantes. Com suas diferentes particularidades e competências, os especialistas são vistos como parceiros na produção de conhecimento<sup>60</sup>.

As técnicas de consenso mais comumente usadas são: o *brainstorming*, o grupo nominal e o Delphi. A técnica de *brainstorming* é utilizada com o intuito de gerar o maior número de ideias possíveis sobre um determinado assunto, “tempestade de ideias”. Um

grupo de pessoas é reunido, o líder pode apresentar suas ideias para estimular a participação dos outros componentes do grupo e cada um colabora com suas sugestões, todas as ideias são inicialmente anotadas. As diferenças e experiências de cada um são somadas e associadas a dos outros formando um grande processo de discussão até a chegada da solução efetiva, com as melhores ideias eleitas por maiores pontuações<sup>61,62</sup>.

O grupo nominal é uma variação da técnica Delphi, onde todos os membros sabem quem são os participantes, ao contrário do Delphi que permanecem anônimos. Inicialmente cada participante anota individualmente suas ideias sobre a pergunta feita pelo coordenador, depois ocorre a exposição das ideias geradas, discussão sobre as mesmas e votação individual e anônima do grupo, segundo uma escala quantitativa previamente estabelecida. Após análise dos resultados, ocorre posterior discussão dos pontos mais conflitantes. Ao final se estabelece como consensuadas as mais votadas<sup>62</sup>.

O método Delphi, adotado nesta pesquisa, é definido como uma atividade interativa que combina a opinião de diversos especialistas para obtenção de um consenso. Está baseado em quatro pilares: o anonimato, o uso de *experts*, a aplicação de rodadas interativas com *feedbacks* e a busca por consenso<sup>63,64,65,66</sup>, além do conhecimento que o especialista traz ao grupo, o que é essencial para o trabalho, exigindo que o especialista tenha um real conhecimento do tema proposto para discussão<sup>64,65,67</sup>.

O método Delphi pode ser realizado por meio do correio ou via internet, permitindo participação de grupos maiores que nas técnicas presenciais, pois não existem

limitações geográficas. Não há a exigência de encontros presenciais, o que reduz a influência de fatores psicológicos, como por exemplo, mudar de opinião para concordar com a maioria do grupo<sup>64</sup>. A realização da técnica via internet ainda traz outras vantagens como redução dos custos por não precisar reunir os participantes, nem enviar questionários e outros materiais via correio, redução do tempo de envio e recebimento, permite tempo para pensar individualmente, remove a dificuldade de rever opiniões dadas previamente e permite a participação de pessoas de diversas especialidades e experiências<sup>64,65</sup>.

A aplicação da técnica segue as seguintes etapas: determinar e formular as questões a serem analisadas e consenso que se deseja alcançar, selecionar os especialistas, enviar as questões aos participantes, junto com as informações necessárias para que eles possam proceder a avaliação e enviar suas respostas de volta para equipe de pesquisa. As respostas são coletadas e analisadas pelo pesquisador que prepara um consolidado com todas as respostas e reenvia para o grupo. O grupo avalia o consolidado, procede à nova avaliação das questões ; as rodadas se repetem até que se chegue ao consenso que foi previamente estabelecido pelo pesquisador. Por fim faz-se o resumo do processo e o relatório final<sup>64,65,67,68</sup>.

O número de participantes é variado, não havendo um consenso em relação a este quantitativo, uma vez que os resultados obtidos não dependem de extensas fontes de dados. Quanto ao nível de consenso, a definição é reservada ao pesquisador, sendo encontrado na literatura variações entre de 50% a 80%. Podem ser utilizadas algumas

escalas para proceder à avaliação e dentre as que são mais comumente utilizadas está a escala de Likert que permite testar a consistência interna, onde um significa zero de concordância, dois (25%), três (50%), quatro (75%) e cinco (100%)<sup>65,66,67</sup>.

Embora a abordagem tenha sido originalmente desenvolvida para recolher conhecimentos em domínios incertos e emergentes, esta tende a ser aplicada no contexto da avaliação quando existem conhecimentos significativos sobre o assunto, como por exemplo, no caso de programas e intervenções, particularmente os relacionados à saúde pública<sup>68</sup>.

## II JUSTIFICATIVA

Considerando:

- A magnitude das DCNT, responsáveis pelas principais causas de mortalidade no mundo e de anos de vida perdidos por morte prematura ou incapacidades (DALY) e que o diabetes mellitus figura dentre as quatro principais condições crônicas;
- A epidemia de diabetes mellitus que vem ocorrendo com projeção de atingir 300 milhões de portadores em 2030; a severidade das complicações e os elevados custos do tratamento;
- A crise dos sistemas de saúde marcada por uma situação na qual predominam as condições crônicas com sistemas fragmentados de atenção;
- A escassez, no país, de pesquisas avaliativas sobre a coordenação da atenção entre níveis aos portadores de diabetes;
- A importância de estudos avaliativos nesta área para contribuir com a tomada de decisões.

Este estudo se justifica por:

- Ampliar o conhecimento sobre a rede de atenção aos usuários portadores de diabetes mellitus II;
- Contribuir com o desenvolvimento de estudos avaliativos da atenção aos portadores de complicações decorrentes da diabetes na Rede de Atenção à Saúde;
- Contribuir com informações validadas, por especialistas, que possam favorecer a realização de avaliações sobre a coordenação da atenção em saúde na rede de atenção ao portador de diabetes mellitus.

Desta forma pretende responder a seguinte pergunta avaliativa:

Em que medida se observou o consenso de critérios e indicadores para a avaliação da atenção aos portadores de diabetes mellitus por meio da técnica Delphi em uma rede de atenção à saúde no município do Recife, Pernambuco?

### **III OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Analisar a produção de consensos acerca de critérios e indicadores para avaliação da coordenação da atenção ao portador de diabetes mellitus II pela APS na Rede de Atenção à Saúde no município do Recife-PE.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

-Identificar os critérios e indicadores para avaliação da atenção ao portador de diabetes mellitus II na Rede de Atenção à Saúde no município do Recife-PE, com foco na coordenação da atenção entre níveis assistenciais;

-Determinar o consenso sobre os critérios e indicadores propostos para a avaliação da coordenação entre níveis assistenciais da atenção ao portador de diabetes mellitus II na Rede de Atenção à Saúde no município do Recife-PE.

## **IV MÉTODO**

### **4.1 DESENHO DO ESTUDO**

Foi realizado um estudo avaliativo quantitativo, utilizando o método Delphi para análise de consenso sobre critérios e indicadores avaliativos.

### **4.2 LOCAL DO ESTUDO**

O estudo foi desenvolvido na cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco, região Nordeste brasileira. Apresenta uma população de 1.537.704 no censo do IBGE de 2010, de maioria feminina e com uma população jovem predominante, especialmente na faixa etária de 20 a 39 anos. Com área territorial de 218,435 Km<sup>2</sup>, a cidade do Recife apresenta uma densidade demográfica de 7.039,64hab/Km<sup>2</sup>(<sup>69, 70</sup>). A cidade está dividida em 94 bairros aglutinados em 6 Regiões Político-Administrativas (RPA) e cada região dividida em 3 microrregiões (MR)<sup>71</sup>. No setor de saúde, a cidade do Recife conta com oito distritos sanitários (DS)<sup>72</sup>.

### **4.3 CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS PARA SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES**

Para participação na técnica Delphi foram selecionados profissionais com pelo menos um ano e meio de trabalho junto à ESF da cidade do Recife.

## **4.4 ETAPAS METODOLÓGICAS**

### **4.4.1 IDENTIFICAÇÃO DOS CRITÉRIOS E INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS II**

A identificação e sistematização dos critérios e indicadores submetidos à análise de consenso foram realizadas a partir do ‘Modelo Lógico da Coordenação da Atenção entre Níveis da Rede de Atenção à Saúde ao Portador de Diabetes mellitus Tipo II, Distrito Sanitário VII - Recife-PE’, adaptado de Silva, Hartz & Samico (2016)<sup>73</sup>. Este modelo é constituído por três componentes: Coordenação da informação, Coordenação da gestão clínica e Coordenação administrativa. Cada componente apresenta-se com respectivos elementos de estrutura, atividades, produtos, resultados e impacto (Quadro 1).

### **4.4.2 DETERMINAÇÃO DO CONSENSO SOBRE OS CRITÉRIOS E INDICADORES PROPOSTOS PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS II**

Com a matriz de julgamento em mãos, o especialista poderia acatar ou fazer alterações na sua construção, seja no conteúdo dos indicadores como também na valoração existente para os mesmos levando em consideração o conhecimento, a experiência e a criatividade com notório saber na temática em questão.

Foram selecionados por conveniência e convidados via telefone 25 especialistas, dentre os gestores (coordenadores de área e do NASF) e profissionais vinculados à ESF (médicos, enfermeiros e do NASF) da cidade do Recife. Os 25 *experts* que aceitaram participar receberam via correio eletrônico: a matriz de análise e julgamento, o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice 1) e uma mensagem explicativa sobre os objetivos da pesquisa. A partir deste momento os painelistas deveriam apreciar todo o conteúdo da matriz de julgamento e contribuir com adequações e aplicabilidade da mesma aos objetivos propostos no presente estudo. Os *experts* julgaram ainda a pertinência do conteúdo e ponderaram os valores contidos em cada indicador. Ao mesmo tempo, poderiam sugerir a inclusão, exclusão ou adequações de componentes, critérios e indicadores.

Para alcance do consenso as rodadas de consulta aos especialistas foram programadas para repetição, caso não fosse atingido o mínimo de concordância de 75% entre as respostas por pelo menos 60% dos participantes para a maioria dos indicadores. Para tanto, foi utilizada uma escala tipo Likert de concordância com variação de um a cinco (discordo totalmente; discordo; não concordo, nem discordo; concordo e concordo totalmente), permitindo testar a consistência interna, onde um significa zero de concordância, dois (25%), três (50%), quatro (75%) e cinco (100%)<sup>67</sup>. Foi utilizado ainda um critério para inclusão e exclusão de cada item da matriz em que para ser incluída cada questão deveria obter nota igual ou maior que três por pelo menos 51% dos participantes, ou seja, nível de concordância era de pelo menos 50%. Conseqüentemente para ser excluído, o critério/indicador deveria receber nota igual ou

inferior a 2 por pelo menos 51% dos painelistas, significando índice de concordância de 25% ou menos<sup>74</sup>.

#### **4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS**

Após o término de cada rodada as respostas eram analisadas considerando percentual de concordâncias e/ou discordâncias e os resultados, repassados aos participantes. A análise dos dados ocorreu por meio de tabulação no programa Excel da Microsoft® for Mac 2010 versão 14.0. Os dados foram apresentados em forma de quadro e tabela.

#### **4.6 ASPECTOS ÉTICOS**

Este estudo atendeu as determinações da declaração de Helsinque e suas emendas posteriores para pesquisas em seres humanos e cumpre os termos da resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa, participação voluntária, sigilo de sua identidade e confidencialidade dos dados. Os pesquisados, após esclarecimentos e garantia da confidencialidade dos dados e do anonimato, ao concordarem em participar da pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice 1). O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, Pernambuco, Brasil (Resolução nº466/2012 do Conselho Nacional de Saúde) CAAE nº 61993816.5.000.5201, parecer nº 1.879.385 (Anexo 1).

#### **4.7 INSERÇÃO INSTITUCIONAL DA PESQUISA**

Este estudo integra a linha de pesquisa “Avaliação das intervenções de saúde” do Mestrado Profissional em Avaliação em Saúde - IMIP e articulou-se com o projeto de pesquisa de Doutorado em Saúde Internacional: “Avaliação com foco na equidade da rede integrada de serviços de saúde do diabetes mellitus tipo II em dois municípios do Estado de Pernambuco” do Instituto de Higiene e Medicina Tropical / Universidade Nova de Lisboa (CEP/IMIP N° 1.452.998/2016).

**Quadro 1:** Modelo Lógico da Coordenação da Atenção entre Níveis da Rede Integrada de Serviços de Saúde ao Portador de Diabetes Mellitus Tipo II. Distrito Sanitário VII -Recife, PE – 2016.

COMPONENTES	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS DE CURTO E MÉDIO PRAZOS	RESULTADOS DE LONGO PRAZO	IMPACTO
COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO	<b>Recursos Humanos</b> Suficientes e capacitados  <b>Recursos Financeiros</b>  <b>Recursos Materiais</b> Internet, móveis, telefones, veículos, protocolos, computadores, impressora, prontuários e impressos	Compartilhar por meio dos sistemas logísticos informações entre os portadores de DM e profissionais em todos os níveis de atenção para coordenar atenção	Informações entre os portadores de DM e profissionais em todos os níveis de atenção compartilhadas	- Redução de duplicidade de consultas, procedimentos, provas diagnósticas, etc. com o conhecimento da história de vida do usuário;	- Menos desperdícios nos recursos com a redução de gastos desnecessários;	MELHORA NA CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS PORTADORES DE DM2
		Implantar por meio dos sistemas logísticos, prontuários clínicos eletrônicos dos portadores de DM na RISS	100% dos prontuários clínicos eletrônicos dos portadores de DM na RISS implantados	- Melhora no diagnóstico;	- Melhor desempenho da equipe profissional;	
		Disponibilizar mecanismos para transferência de informações clínica e de situação biopsicossocial que promovam acesso rápido e oportuno	Mecanismos de transferência de informação disponíveis	- Maior adesão dos profissionais às diretrizes clínicas;	- Maior satisfação dos envolvidos na intervenção;	
		Promover por parte dos profissionais o registro adequado da informação	Fichas, formulários, prontuários, etc. preenchidos adequadamente	- Melhor monitoramento do tto	- Melhor comunicação entre níveis de atenção;	
		Estimular a consulta às informações transferidas sobre o paciente	100% dos profissionais consultando as informações transferidas	Melhora na qualidade da transferência da informação	- Melhor desempenho do sistema de atenção;	
		Incorporar as informações compartilhadas na prática clínica	Incorporação das informações compartilhadas na atenção ao paciente	- Melhora a conduta clínica	- Atenção integrada ao portador de diabetes mellitus tipo 2 com acesso equitativo e em tempo oportuno	

DM- diabetes mellitus;RISS- rede integrada dos serviços de saúde; tto- tratamento;DM2- diabetes mellitus tipo 2

Continuação

COMPONENTES	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS DE CURTO E MÉDIO PRAZOS	RESULTADOS DE LONGO PRAZO	IMPACTO
COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO	<b>Recursos Humanos</b> Suficientes e capacitados  <b>Recursos Financeiros</b>  <b>Recursos Materiais</b> Internet, móveis, telefones, veículos, protocolos, computadores, impressora, prontuários e impressos	Realizar por meio da AE relatório de contrarreferência em casos de alta para os serviços de APS	Relatório de contrarreferência realizado pela AE em 100% dos casos de alta para os serviços de APS	- Melhor monitoramento do tto;	- Menos desperdícios nos recursos com a redução de gastos desnecessários;  - Melhor desempenho da equipe profissional;  - Maior satisfação dos envolvidos na intervenção;  - Melhor comunicação entre níveis de atenção;  - Melhor desempenho do sistema de atenção;  - Atenção integrada ao portador de diabetes mellitus tipo 2 com acesso equitativo e em tempo oportuno	MELHORA NA CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS PORTADORES DE DM2
		Realizar, por meio da AH, relatório de contrarreferência em casos de alta para os serviços de APS ou para o subcomponente ambulatorial da AE	Relatório de contrarreferência realizado pela AH em 100% dos casos de alta para os serviços de AB ou para o subcomponente ambulatorial da AE	- Melhor qualidade da atenção em saúde;  - Melhoria da comunicação;		
		Articular, por meio do sistema de governança, as relações entre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos	Relações articuladas entre a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos	- Maior adesão dos profissionais às diretrizes clínicas;  - Padronização de condutas clínicas;		
		Oportunizar por meio do sistema de governança encontros que facilitem a coordenação interna e entre os diferentes centros de tratamento e níveis de saúde	Nº de encontros realizados para o desenvolvimento da coordenação interna e entre os diferentes centros de tratamento e níveis de saúde	- Redução duplicidade de condutas com o conhecimento da história de vida do usuário.  - Maior satisfação dos usuários com a assistência recebida;		
		Conceder incentivos financeiros, por meio do sistema de governança, para melhoria da coordenação em saúde entre os níveis de atenção	Incentivos financeiros concedidos através do sistema de governança, para melhoria da coordenação em saúde entre os níveis de atenção	- Maior satisfação de profissionais;		
		Fazer registro dos diabéticos por riscos e vulnerabilidade	Registro dos diabéticos feito de acordo com os riscos e vulnerabilidades	- Acesso ordenado, equitativo e em tempo oportuno.		

AE- atenção especializada; APS- atenção primária à saúde; AH- atenção hospitalar

Continuação

COMPONENTES	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS DE CURTO E MÉDIO PRAZOS	RESULTADOS DE LONGO PRAZO	IMPACTO
COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA	<b>Recursos Humanos</b> Suficientes e capacitados  <b>Recursos Financeiros</b>  <b>Recursos Materiais</b> Internet, móveis, telefones, veículos, protocolos, computadores, impressora, prontuários e impressos	Realizar por meio da AE orientação para o portador de DM com relação ao retorno a APS	Orientação realizada pela AE ao portador de DM com relação ao retorno a APS	- Aumento da satisfação dos usuários com a atenção recebida;	- Menos desperdícios nos recursos com a redução de gastos desnecessários;  - Melhor desempenho da equipe profissional;  - Maior satisfação dos envolvidos na intervenção;  - Melhor comunicação entre níveis de atenção;  - Melhor desempenho do sistema de atenção;  - Atenção integrada ao portador de diabetes mellitus tipo 2 com acesso equitativo e em tempo oportuno	MELHORA NA CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS PORTADORES DE DM2
		Encaminhar por meio da APS para a AE os casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos em função de complicações da DM	Nº encaminhamentos realizados pela APS para a AE dos casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos em função de complicações da DM	- Facilidade na transição entre os níveis de atenção;  - Melhoria na comunicação;		
		Encaminhar para AH, por meio da APS ou AE, casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnóstico ou internação, em função de complicações da DM	Nº encaminhamentos realizados pela APS ou AE para a AH, dos casos diagnosticados para procedimentos clínicos ou cirúrgicos de diagnóstico ou internação, em função de complicações da DM	- Acesso ordenado e em tempo oportuno;  - Melhora no diagnóstico;		
		Realizar comunicação entre os pontos de atenção no momento da transferência do paciente	Comunicação realizada entre os pontos de atenção, desde o nível que transfere ao responsável pelo seguimento	- Maior satisfação dos profissionais;  - Melhor monitoramento do tto;		
		Realizar por meio da APS a coordenação do cuidado dos pacientes referenciados para outros níveis de atenção	Nº de pacientes com coordenação do cuidado realizada pela APS referenciados para os outros níveis de atenção	- Melhor qualidade da atenção em saúde;		
		Realizar por meio da APS a gestão do caso do portador do DM ao longo contínuo assistencial	Nº de diabéticos com gestão do caso realizada pela APS ao longo contínuo assistencial	- Padronização de condutas clínicas;  - Redução de duplicidade de condutas.		

Continuação

COMPONENTES	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS DE CURTO E MÉDIO PRAZOS	RESULTADOS DE LONGO PRAZO	IMPACTO
COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA	<b>Recursos Humanos</b> Suficientes e capacitados  <b>Recursos Financeiros</b>  <b>Recursos Materiais</b> Internet, móveis, telefones, veículos, protocolos, computadores, impressora, prontuários e impressos	Prestar apoio matricial às equipes de APS por meio da AE, presencialmente ou por meio de ferramentas de teleassistência e teleeducação vigentes	Apoio matricial às equipes de APS realizado pela AE, presencialmente ou por meio de ferramentas de teleassistência e teleeducação vigentes	- Melhoria na qualidade da atenção em saúde;	- Menos desperdícios nos recursos com a redução de gastos desnecessários;	MELHORA NA CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS PORTADORES DE DM2
		Desenvolver plano de cuidado compartilhado sob a coordenação da ESF para os portadores DM encaminhados para outros níveis de atenção	Nº de planos compartilhado sob a coordenação da ESF para os portadores DM encaminhados para outros níveis de atenção	- Melhoria no diagnóstico;	- Melhor desempenho da equipe profissional;	
		Realizar gestão compartilhada dos portadores de DM entre as equipes NASF/ SAD com a ESF	Gestão compartilhada entre as equipes NASF/ SAD/ESF realizada	- Melhoria na comunicação - Padronização de condutas clínicas;	- Maior satisfação dos envolvidos na intervenção;	
		Prestar apoio matricial às equipes de APS por meio das equipes NASF/SAD	Apoio matricial às equipes de APS realizado pelas equipes NASF/SAD	- Melhor monitoramento do tto;	- Melhor comunicação entre níveis de atenção;	
		Definir responsável clínico pelo seguimento do paciente	Profissionais definidos para serem responsáveis clínicos pelo seguimento	- Redução de duplicidade de condutas;	- Melhor desempenho do sistema de atenção;	
		Garantir consulta de seguimento oportuna depois de transferência	Consulta realizada em tempo oportuno com o responsável pelo seguimento	- Maior satisfação dos usuários.	- Atenção integrada ao portador de diabetes mellitus tipo 2 com acesso equitativo e em tempo oportuno	
				- Garantia do seguimento do portador de DM dentro da RISS		

NASF- Núcleo de Apoio ao Saúde da Família; SAD- Serviço de Atendimento Domiciliar

Continuação

COMPONENTES	ESTRUTURA	ATIVIDADES	PRODUTOS	RESULTADOS DE CURTO E MÉDIO PRAZOS	RESULTADOS DE LONGO PRAZO	IMPACTO
COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA	<b>Recursos Humanos</b> Suficientes e capacitados  <b>Recursos Financeiros</b>  <b>Recursos Materiais</b> Internet, móveis, telefones, veículos, protocolos, computadores, impressora, prontuários e impressos	Realizar o agendamento de consultas dos portadores de DM na transição entre níveis	Nº de consultas dos portadores de DM agendadas	- Acesso ordenado e em tempo oportuno de acordo com a necessidade de cada usuário  - Garantia do seguimento do portador de DM dentro da RISS	- Menos desperdícios nos recursos com a redução de gastos desnecessários;  - Melhor desempenho da equipe profissional;  - Maior satisfação dos envolvidos na intervenção;  - Melhor comunicação entre níveis de atenção;  - Melhor desempenho do sistema de atenção;  - Atenção integrada ao portador de diabetes mellitus tipo 2 com acesso equitativo e em tempo oportuno	MELHORA NA CONDIÇÃO DE SAÚDE DOS PORTADORES DE DM2
		Realizar o agendamento de exames complementares dos portadores de DM na transição entre níveis de atenção	Nº de exames complementares dos portadores de DM agendados			
		Viabilizar mecanismos de acesso entre níveis de forma equitativa, transparente e com segurança (p.e. centrais de referência)	Mecanismos de acesso entre níveis viabilizados de forma equitativa, transparente e com segurança			
		Providenciar mecanismos de lembretes oportunos para portadores de DM avisando dia/horário de consultas/exames, p.e. SMS.	Mecanismos de lembretes oportunos para portadores de DM avisando dia/hora de consultas/exames providenciados			
		Elaborar protocolos de acessos à RISS	Nº de protocolos de acessos à RISS criados			
		Manter atualizados protocolos de acessos à RISS	Nº de protocolos de acessos à RISS atualizados mensalmente			
		Realizar estratégias para fomentar o uso e a qualificação das informações dos portadores de DM entre os diferentes níveis de atenção	Estratégias realizadas para fomentar o uso e a qualificação das informações dos portadores de DM entre os diferentes níveis de atenção incentivados			

Adaptado de Silva, Hartz e Samico, 2016<sup>73</sup>

## V RESULTADOS

O Quadro 2 apresenta a matriz de análise e julgamento que é composta por duas dimensões, estrutura e processo. Assim como o modelo lógico, por meio do qual foi definida inicialmente, possui três componentes, coordenação da informação, coordenação da gestão clínica e coordenação administrativa, os quais estão subdivididos nos seguintes critérios: coordenação da informação (transferência da informação e uso da informação), coordenação da gestão clínica (coerência da atenção, seguimento adequado do paciente e acessibilidade entre níveis) e coordenação administrativa (existência de mecanismo, referência administrativa e ordenação do acesso). A matriz possui ainda 40 indicadores com seus respectivos padrões e pontuações segundo as dimensões de estrutura e processo.

Para alcance do consenso foram realizadas três rodadas. Na primeira rodada foi dado um tempo de 15 dias para envio das respostas. Nesta rodada, dos 25, 10 especialistas responderam a matriz. Na segunda rodada também com duração de 15 dias, os 10 especialistas que deram retorno, receberam o resultado da primeira rodada para que pudessem comparar seu ponto de vista com a média de opinião anônima dos demais especialistas devendo atribuir novos valores. Ao término do prazo, os 10 especialistas enviaram suas respostas. Os resultados da segunda rodada também foram sintetizados e enviados mais uma vez para os *experts*, junto com a matriz de análise e julgamento para nova apreciação. Esta terceira e última rodada teve como prazo 20 dias e 08 especialistas devolveram suas respostas.

**Quadro 2:** Matriz de Análise e Julgamento da Coordenação da Atenção entre Níveis da Rede de Atenção à Saúde do Portador de Diabetes Mellitus Tipo II. Recife, PE – 2017.

ESTRUTURA				
COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Transferência da informação	Formulário ou ficha para cadastro dos portadores de DM	Possuir formulário ou ficha de cadastro para todos os usuários portadores de DM	0- Ausência ficha para cadastro dos portadores de DM; 1- Possui ficha para cadastro dos portadores de DM.
		Protocolo ou mapas para estratificação de risco e vulnerabilidade dos portadores de DM	Possuir protocolo ou mapas para realização da estratificação de portadores de DM por risco e vulnerabilidade	0- Ausência de protocolo ou mapas para a estratificação de portadores de DM por risco e vulnerabilidade; 1,5- Possui protocolo ou mapas para a estratificação de portadores de DM por risco e vulnerabilidade.
		Protocolo ou ficha para realização em referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção	Possuir protocolo ou ficha para realização referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção	0- Ausência de protocolo/ficha para realização de referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção; 1 - Possui protocolo/ficha para realização de referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção.
		Meios de transferência de informações como telefone, e-mail, etc.	Possuir telefone, computadores com internet, etc. para realização de transferência de informações a outros níveis assistenciais.	0- Ausência de meios de transferência de informações entre níveis; 1,5- Possui meios de transferência de informações a outros níveis assistenciais.
		Existência de prontuário médico eletrônico	Possuir prontuário médico computadorizado que possa ser acessado em todos os níveis	0- Ausência de prontuário médico eletrônico; 1- Possui de prontuário médico eletrônico, mas não é acessível a todos os níveis; 2- Possui de prontuário médico eletrônico acessível a todos os níveis.
COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA	Coerência da atenção	Existência de protocolos/guias de prática clínica compartilhados para os portadores de DM	Possui protocolos/guias de prática clínica compartilhados para os portadores de DM	Não= 0 Sim = 3
		Existência de guias de referência para os portadores de DM	Possui guias referência compartilhados para os portadores de DM	Não= 0 Sim = 2
		Existência de plano de cuidado compartilhado com AE coordenado pela ESF	Possui plano de cuidado sob coordenação da ESF compartilhado com AE	Não= 0 Sim = 3
		Existência de protocolo entre níveis de atenção p/ acompanhamento/tto do DM	Possui de protocolo padronizado entre os níveis de atenção para acompanhamento/tto do DM	Não= 0 Sim = 2

Continuação

ESTRUTURA				
COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA	Seguimento adequado do paciente	Existência de um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente entre os níveis de atenção	Possui responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente diabético	Não= 0 Sim = 3
	Acessibilidade entre níveis	Existência de profissionais na APS para atendimento ao portador de DM	Possui profissionais na APS em quantidade suficiente para atendimento ao portador de DM	Não= 0 Sim = 3
		Existência de profissionais na AE para atendimento ao portador de DM	Possui profissionais na AE em quantidade suficiente para atendimento ao portador de DM	Não= 0 Sim = 3
COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA	Existência de mecanismos	Existência de central de marcação de consultas e exames	Possui de central de marcação de consultas e exames	Não= 0 Sim = 2
	Referência administrativa	Existência de fluxos assistenciais entre níveis definidos para o portador de DM	Possui fluxos assistenciais entre níveis definidos para o portador de DM	Não= 0 Sim= 2
PROCESSO				
COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Transferência da informação	Realização de cadastro dos portadores de DM	Equipe realiza cadastro dos portadores de DM e mantém os dados atualizados nos sistemas de informação (SI)	0- A equipe não realiza cadastro; 1- A equipe realiza cadastro, mas não atualiza os dados nos SI; 2- A equipe realiza cadastro e mantém os dados atualizados nos SI.
		Estratificação de risco e vulnerabilidade dos portadores de DM	Os profissionais realizam a estratificação de risco e vulnerabilidade dos portadores de DM e utilizam essas informações na condução do caso	0- Os profissionais não estratificam os portadores de DM por risco e vulnerabilidade; 1- Os profissionais estratificam os portadores de DM por risco e vulnerabilidade; 3- Os profissionais estratificam os portadores de DM por risco e vulnerabilidade e utilizam as informações na condução do caso.
		Percentual de profissionais que inserem informações dos portadores de DM nos sistemas de informação	≥80% dos profissionais inserem informações dos portadores de DM nos sistemas de informação	0- ≤49% dos profissionais inserem informações dos portadores de DM nos SI; 1- 50 a 79% dos profissionais inserem informações dos portadores de DM nos SI; 2- ≥80% dos profissionais inserem informações dos portadores de DM nos SI.

Continuação

		PROCESSO		
COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Transferência da informação	Percentual de profissionais que realizam a referência para os demais níveis assistenciais quando necessário	≥90% dos profissionais realizam a referência para os demais níveis assistenciais quando necessário	0 - ≤59% dos profissionais realizam a referência para outros níveis assistenciais; 1 - 60 a 89% dos profissionais realizam a referência para outros níveis assistenciais; 3 - ≥90% dos profissionais realizam a referência para outros níveis assistenciais
		Percentual de profissionais que utilizam protocolo ou ficha para realização de referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção	≥80% dos profissionais utilizam o protocolo ou ficha para realização de referências do usuário portador de DM para outros níveis de atenção	0- ≤49% dos profissionais utilizam protocolo/ficha para realização de referências do usuário portador de DM para outros níveis de atenção; 1-50% e 79% dos profissionais utilizam protocolo/ficha para realização de referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção; 2- ≥80% dos profissionais utilizam protocolo/ficha para realização de referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção.
		Percentual de profissionais que recebem o relatório de alta hospitalar	≥80% dos profissionais recebem da AE o relatório de alta hospitalar.	0- ≤49% dos profissionais recebem o relatório de alta hospitalar da AE; 1- 50 a 79% dos profissionais recebem o relatório de alta hospitalar da AE; 3- ≥80% dos profissionais recebem o relatório de alta hospitalar da AE.
		Percentual de profissionais que recebem contra referência dos demais níveis assistenciais	≥80% dos profissionais recebem a contra referência dos demais níveis assistenciais	0- ≤49% dos profissionais recebem a contra referência dos demais níveis assistenciais; 1-50% e 79% dos profissionais recebem a contra referência dos demais níveis assistenciais; 3- ≥80% dos profissionais recebem a contra referência dos demais níveis assistenciais.
		Percentual de profissionais que recebem relatório/ficha de contra referência preenchida	≥80% dos profissionais recebem o relatório/ficha de contra referência preenchida	0 - ≤ 49% dos profissionais recebem relatório/ficha de contra referência preenchida; 1 - 50% a 79% dos profissionais recebem o relatório/ficha de contra referência preenchida; 2 - ≥80% os profissionais o relatório/ficha de contra referência preenchida.
		Percentual de profissionais que preenchem relatório/ficha de referência	≥80% dos profissionais preenchem o relatório/ficha de referência	0 - ≤49% dos profissionais preenchem o relatório/ficha de referência; 1 - 50% a 79% dos profissionais preenchem o relatório/ficha de referência; 2 - ≥80% dos profissionais preenchem o relatório/ficha de referência.

Continuação

PROCESSO				
COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
COORDENAÇÃO DA INFORMAÇÃO	Transferência da informação	Percentual de profissionais que trocam informações sobre os pacientes que atendem em comum	≥80% dos profissionais da APS trocam informações com profissionais de outros níveis de atenção sobre os pacientes que atendem em comum	0- ≤49% dos profissionais trocam informações sobre os pacientes que atendem em comum; 1-50% a 79% dos profissionais trocam informações sobre os pacientes que atendem em comum; 3-≥80% dos profissionais trocam informações sobre os pacientes que atendem em comum.
		Realização de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais	Os profissionais realizam encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais	0 – Ausência de encontros que facilitem a transferência da informação entre os níveis assistenciais; 2- Realização de encontros que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais.
		Percentual de profissionais que participam de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais	≥70% dos profissionais participam de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais	0 – ≤49% dos profissionais participam das reuniões para transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais; 1- 50% a 69% dos profissionais participam das reuniões para facilitar a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais; 2- ≥70% dos profissionais participam das reuniões para transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais.
	Uso da informação	Percentual de profissionais que consultam as informações transferidas	≥80% dos profissionais consultam as informações transferidas	0- ≤49% dos profissionais consultam as informações transferidas; 1-50% a 79% dos profissionais consultam as informações transferidas; 2- ≥80% dos profissionais consultam as informações transferidas.
		Percentual de profissionais que incorporam as informações transferidas à prática clínica	≥80% dos profissionais incorporam as informações transferidas à prática clínica das vezes	0- ≤49% dos profissionais incorporam as informações transferidas à prática clínica; 1- 50% a 79% dos profissionais incorporam as informações transferidas à prática clínica; 3- ≥80% dos profissionais incorporam as informações transferidas à prática clínica.
COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA	Coerência da atenção	Percentual de profissionais que conciliam os distintos tratamentos indicados pelos profissionais dos diferentes níveis assistenciais	≥80% dos profissionais conciliam os distintos tratamentos indicados pelos profissionais dos diferentes níveis assistenciais	0-≤49% dos profissionais conciliam os distintos tratamentos indicados pelos profissionais dos diferentes níveis assistenciais; 1- 50% a 79% os profissionais conciliam os distintos tratamentos indicados pelos profissionais dos diferentes níveis assistenciais; 3-≥80% dos profissionais conciliam os distintos tratamentos indicados pelos profissionais dos diferentes níveis assistenciais.
		Existência de sessões clínicas compartilhadas entre os profissionais da APS e AE	Os profissionais da APS e AE realizam sessões clínicas compartilhadas	0 – Ausência de sessões clínicas compartilhadas 3- Realização de sessões clínicas compartilhadas

Continuação

		PROCESSO		
COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA	Coerência da atenção	Percentual de profissionais que participam de sessões clínicas/reuniões para facilitar a coordenação da informação entre níveis	≥70% dos profissionais participam das sessões clínicas/reuniões para facilitar a coordenação da informação entre níveis	0 - ≤49% dos profissionais participam das sessões clínicas/reuniões para facilitar a coordenação da informação entre níveis; 1- 50 a 69% dos profissionais participam das sessões clínicas/reuniões para facilitar a coordenação da informação entre níveis; 3- ≥70% dos profissionais participam das sessões clínicas/reuniões para facilitar a coordenação da informação entre níveis
		Percentual de profissionais da APS que consultam os profissionais da AE para realizar a gestão do caso	≥80% dos profissionais da APS consultam os profissionais da AE para realizar a gestão do caso	0 - ≤49% dos profissionais da APS consultam os profissionais da AE para realizar a gestão do caso; 1- 50 - 79% dos profissionais da APS consultam os profissionais da AE para realizar gestão do caso; 3- ≥80% os profissionais da APS consultam os profissionais da AE para realizar gestão do caso.
		Percentual de profissionais da APS que são consultados por profissionais da AE para realizar a gestão do caso	≥80% dos profissionais da APS são consultados por profissionais da AE para realizar a gestão do caso	0- ≤49% dos profissionais da APS são consultados por profissionais da AE para realizar a gestão do caso; 1- 50 -79% os profissionais da APS são consultados por profissionais da AE para realizar gestão do caso; 3- ≥80% dos profissionais da APS são consultados por profissionais da AE para realizar gestão do caso.
		Existência de gestão compartilhada dos casos necessários entre NASF/SAD com ESF	Possui gestão compartilhada realizada entre NASF/SAD com ESF	Não= 0 Sim = 3
		Existência de duplicação de provas diagnósticas, consultas, medicamentos contraindicados, etc. entre níveis assistenciais.	Raramente ocorre duplicação de provas diagnósticas, consultas, medicamentos contraindicados, etc.	0- a duplicação de consultas, exames, etc. ocorre frequentemente; 1- a duplicação de consultas, exames, etc. ocorre em alguns casos; 3 - a duplicação de consultas, exames, etc. raramente ocorre.
	Seguimento adequado do paciente	Frequência de comunicação no momento da transferência desde o nível que transfere ao que vai dar seguimento.	Frequentemente há comunicação no momento da transferência entre os profissionais do nível transfere com os do nível que vai dar seguimento	0- a comunicação no momento da transferência entre profissionais do nível que transfere com os do que dará seguimento quase nunca/nunca ocorre; 1- a comunicação no momento da transferência entre profissionais do nível que transfere com os do que dará seguimento ocorre em alguns casos 3-a comunicação no momento da transferência entre profissionais do nível que transfere com os do que dará seguimento ocorre frequentemente

Continuação

PROCESSO				
COMPONENTE	CRITÉRIO	INDICADOR	PADRÃO	PONTUAÇÃO
COORDENAÇÃO DA GESTÃO CLÍNICA	Seguimento adequado do paciente	Existência de consulta de seguimento com o responsável pelo paciente depois da transferência entre níveis	Possui consulta de seguimento com o responsável pelo paciente depois da transferência entre níveis	Não= 0 Sim = 3
COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA	Referência administrativa	Existência do agendamento de consultas para o portador de DM segundo critérios de risco e vulnerabilidade	Realiza agendamento de consultas e exames para portador de DM segundo critérios de risco e vulnerabilidade	0- ausência de agendamento de consultas para portador de DM; 1- agendamento de consultas para portador de DM sem priorizar o risco e a vulnerabilidade; 3- agendamento de consultas para portador de DM priorizando o risco e a vulnerabilidade
		Existência de agendamento de exames complementares para o portador de DM segundo critérios de risco e vulnerabilidade	Realiza agendamento de exames para portador de DM segundo critérios de risco e vulnerabilidade	0- ausência de agendamento de exames para portador de DM; 1- agendamento de exames para portador de DM sem priorizar o risco e a vulnerabilidade; 3- agendamento de exames para portador de DM priorizando o risco e a vulnerabilidade
	Ordenação do acesso	Existência de programação de consulta na APS para pacientes diabéticos quando são contra referenciados pela AE	Realiza consultas programadas na APS os pacientes diabéticos quando são contra referenciados pela AE	Não= 0 Sim = 3

Adaptado de Silva, Hartz e Samico, 2016<sup>73</sup>

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e laboral dos participantes do consenso em cada uma das rodadas. Na primeira e segunda rodada o número de participantes que devolveu a resposta permaneceu o mesmo (10). Desses, um (01) era do sexo masculino e nove participantes do sexo feminino. Quanto à ocupação, nove trabalham na APS junto à Estratégia de Saúde da Família (ESF) há mais de 3 anos; metade da amostra foi composta por enfermeiros (5), os demais eram médico, nutricionista, terapeuta ocupacional, educador físico e administrador, um representante de cada classe profissional citada. No tocante à pós-graduação, oito dos participantes tinham especialização ou residência, um mestrado e um com graduação.

Na terceira rodada, dois *experts* não fizeram a devolutiva de suas respostas, ficando o total de 8 participantes, uma pessoa do sexo masculino e sete feminino; sete entre 8 que trabalhava com a ESF há mais de 3 anos; metade da amostra era composta por enfermeiros (4), com restante constituída por um representante das categorias médico, terapeuta ocupacional, educador físico e administrador; sete deles com especialização ou residência e um com graduação.

**Tabela 1:** Características sociodemográficas e laborais segundo número de rodadas – técnica Delphi do Painel de Especialistas. Recife - PE, 2017

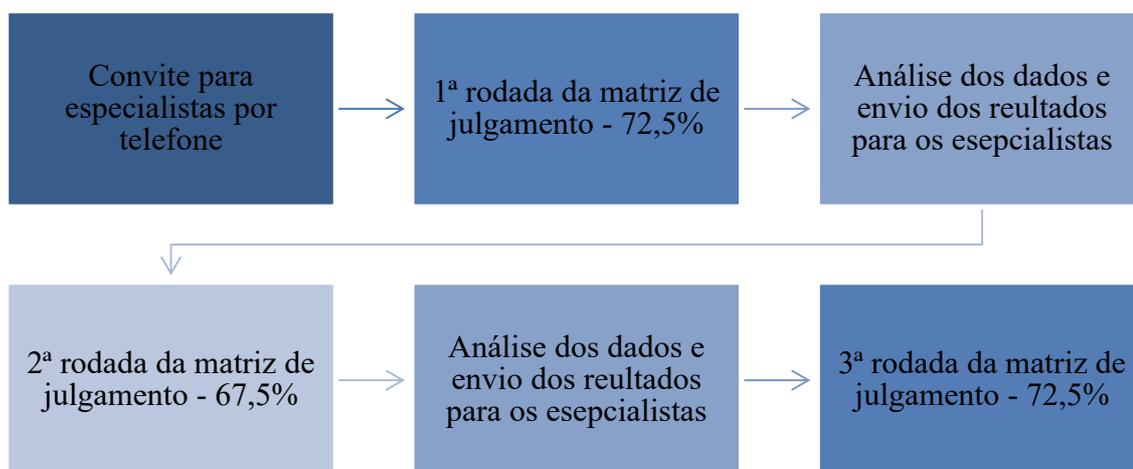
CARACTERÍSTICA	RODADAS TÉCNICA DELPHI		
	1ª RODADA	2ª RODADA	3ª RODADA
<b>SEXO</b>			
Masculino	01	01	01
Feminino	09	09	07
<b>TEMPO DE ATUAÇÃO NA APS</b>			

≥ 1 e ½ a 3 anos	01	01	01
> 3 anos	09	09	07
<b>PROFISSÃO</b>			
Médico	01	01	01
Enfermeiro	05	05	04
Ed. Físico	01	01	01
Nutricionista	01	01	00
Terapeuta ocupacional	01	01	01
Administrador	01	01	01
<b>NÍVEL DE ESCOLARIDADE</b>			
Graduação	01	01	01
Especialização	05	05	04
Residência	03	03	03
Mestrado	01	01	-
Doutorado	-	-	-

A figura 1 mostra um resumo das fases utilizadas para obtenção do consenso e o seu grau em cada rodada. Na primeira rodada obteve-se o consenso mínimo de 75% em 72,5% dos indicadores da matriz e empate nos indicadores de número 32 e 36 (Percentual de profissionais da APS que consultam os profissionais da AE para realizar a gestão do caso e Frequência de comunicação no momento da transferência desde o nível que transfere ao vai dar seguimento) de acordo com o critério de inclusão/exclusão da matriz, 50% das notas  $3 \leq$  e 50%  $2 \geq$ , onde não se podia incluir nem excluir os referidos itens, sendo necessária uma segunda rodada. Na segunda rodada o consenso de mínimo de 75% ocorreu em 67,5% dos indicadores e mais uma vez houve empate em outros dois indicadores, os de número 30 e 31 (Existência de sessões clínicas compartilhadas entre os profissionais da APS e AE e Percentual de profissionais que participam de sessões clínicas/reuniões para facilitar a coordenação da informação entre

níveis) sendo preciso realizar uma nova rodada. Na terceira rodada ocorreu o consenso mínimo de 75% em 72,5% dos indicadores e não houve empates.

**Figura 1-** Fases realizadas para obtenção do grau de consenso da Coordenação da atenção na Rede Atenção à Saúde ao Portador de Diabetes Mellitus tipo II. Recife, Pernambuco – 2017.



A Tabela 2 apresenta os dados referentes à concordância dos especialistas conforme a escala Likert. Detalha o índice de concordância por questão. Observou-se que não foi sugerida nenhuma modificação, alteração em qualquer um dos itens, mesmo naqueles em que eram dadas notas igual ou inferior a 2, que implicaria nível de concordância inferior mínimo de 25%.

Pode ser verificado na Tabela 2, um índice de concordância com as questões maior ou igual a 75% por pelo menos 60% dos especialistas para a maioria dos indicadores nas três rodadas, 72,5%, 67,5%, 72,5%, respectivamente. Na primeira rodada os indicadores de número 1,3,4,7,12,15 e 40 (Formulário ou ficha para cadastro dos portadores de DM;

Protocolo ou ficha para realização em referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção; Meios de transferência de informações como telefone, e-mail, etc; Existência de guias de referência para os portadores de DM; Existência de profissionais na AE para atendimento ao portador de DM; Realização de cadastro dos portadores de DM e Existência de programação de consulta na APS para pacientes diabéticos quando são contra referenciados pela AE) tiveram maior concordância (100%), tem-se que a maioria deles faz parte da dimensão estrutura (1, 3, 4, 7 e 12) e que os indicadores de número 15 e 40 são da dimensão processo. Os indicadores de número 10 e 26 (20%) (Existência de um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente entre os níveis de atenção e Percentual de profissionais que participam de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais) e 25 e 31 (30%) (Percentual de profissionais que consultam as informações transferidas e Percentual de profissionais que participam de sessões clínicas/reuniões para facilitar a coordenação da informação entre níveis) tiveram menores concordância, já dentre estes a maioria pertence a dimensão processo (25, 26 e 31) e somente o de número 10 faz parte da dimensão estrutura (Quadro 3).

Na terceira rodada os indicadores de número 1, 2, 3, 4, 6, 12, 13, 14, 34, 38, 39 e 40, (Formulário ou ficha para cadastro dos portadores de DM; Protocolo ou mapas para estratificação de risco e vulnerabilidade dos portadores de DM; Protocolo ou ficha para realização em referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção; Meios de transferência de informações como telefone, e-mail, etc.; Existência de protocolos/guias de prática clínica compartilhados para os portadores de DM; Existência de profissionais na AE para atendimento ao portador de DM; Existência de central de marcação de consultas e exame; Existência de fluxos assistenciais entre

níveis definidos para o portador de DM; Existência de gestão compartilhada dos casos necessários entre NASF/SAD com ESF; Existência do agendamento de consultas para o portador de DM segundo critérios de risco e vulnerabilidade; Existência de agendamento de exames complementares para o portador de DM segundo critérios de risco e vulnerabilidade e Existência de programação de consulta na APS para pacientes diabéticos quando são contra referenciados pela AE) tiveram maior concordância (100%) e assim como na primeira rodada a maioria dos indicadores são da dimensão estrutura (1, 2, 3, 4, 6, 12, 13 e 14) e os de número 34, 38, 39 e 40 são de processo. Os indicadores 10 e 32 (25%) (Existência de um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente entre os níveis de atenção e Percentual de profissionais da APS que consultam os profissionais da AE para realizar a gestão do caso) e 26 (12,5%) (Percentual de profissionais que participam de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais) obtiveram as menores concordâncias e em sua maioria pertence a dimensão processo (32 e 26) e apenas o 10 é de estrutura (Quadro 3). Contudo, a meta foi atingida, superando a expectativa que era de 60 % de consenso em toda matriz.

**Quadro 3** – Classificação dos indicadores com maior e menor concordância de acordo com a dimensão, componente e critérios. Recife-PE, 2017

<b>PRIMEIRA RODADA</b>			
<b>MAIORES CONCORDÂNCIAS</b>			
<b>INDICADOR</b>	<b>DIMENSÃO</b>	<b>COMPONENTE</b>	<b>CRITÉRIO</b>
Formulário ou ficha para cadastro dos portadores de DM; Protocolo ou ficha para realização em referência do usuário portador de DM para outros	Estrutura	Coordenação da informação	Transferência da informação

níveis de atenção; Meios de transferência de informações como telefone, e-mail, etc			
Existência de guias de referência para os portadores de DM	Estrutura	Coordenação da gestão clínica	Coerência da atenção
Existência de profissionais na AE para atendimento ao portador de DM	Estrutura	Coordenação da gestão clínica	Acessibilidade entre níveis
Realização de cadastro dos portadores de DM	Processo	Coordenação da informação	Transferência da informação
Existência de programação de consulta na APS para pacientes diabéticos quando são contra referenciados pela AE	Processo	Coordenação administrativa	Ordenação do acesso
<b>MENORES CONCORDÂNCIAS</b>			
Existência de um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente entre os níveis de atenção	Estrutura	Coordenação da gestão clínica	Seguimento adequado do paciente
Realização de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais e Percentual de profissionais que participam de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis assistenciais	Processo	Coordenação da informação	Transferência da informação
Percentual de profissionais que participam de sessões clínicas/reuniões para facilitar a coordenação da informação entre níveis	Processo	Coordenação da gestão clínica	Coerência da atenção
<b>TERCEIRA RODADA</b>			
<b>MAIORES CONCORDÂNCIAS</b>			
Formulário ou ficha para cadastro dos portadores de DM; Protocolo ou mapas para estratificação de risco e vulnerabilidade dos	Estrutura	Coordenação da informação	Transferência da informação

portadores de DM,; Protocolo ou ficha para realização em referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção e Meios de transferência de informações como telefone, e-mail, etc.			
Existência de protocolos/guias de prática clínica compartilhados para os portadores de DM	Estrutura	Coordenação da gestão clínica	Coerência da atenção
Existência de profissionais na AE para atendimento ao portador de DM	Estrutura	Coordenação da gestão clínica	Acessibilidade entre níveis
Existência de central de marcação de consultas e exames	Estrutura	Coordenação administrativa	Existência de mecanismos
Existência de fluxos assistenciais entre níveis definidos para o portador de DM	Estrutura	Coordenação administrativa	Referência administrativa
Existência de gestão compartilhada dos casos necessários entre NASF/SAD com ESF	Processo	Coordenação da gestão clínica	Coerência da atenção
Existência do agendamento de consultas para o portador de DM segundo critérios de risco e vulnerabilidade e Existência de agendamento de exames complementares para o portador de DM segundo critérios de risco e vulnerabilidade	Processo	Coordenação administrativa	Referência administrativa
Existência de programação de consulta na APS para pacientes diabéticos quando são contra referenciados pela AE	Processo	Coordenação administrativa	Ordenação do acesso
<b>MENORES CONCORDÂNCIAS</b>			
Existência de um responsável clínico para coordenar o seguimento do paciente entre os níveis de atenção	Estrutura	Coordenação da gestão clínica	Seguimento adequado do paciente
Percentual de profissionais que participam de encontros/reuniões que facilitem a transferência da informação entre os diferentes níveis	Processo	Coordenação da informação	Transferência da informação

assistenciais			
Percentual de profissionais da APS que consultam os profissionais da AE para realizar a gestão do caso	Processo	Coordenação da gestão clínica	Coerência da atenção

**Tabela 2:** Nível de concordância dos especialistas nas três rodadas da técnica Delphi. Recife-PE, 2017

INDICADOR	1ª RODADA					CONCORDÂNCIA ≥ 75%	2ª RODADA					CONCORDÂNCIA ≥ 75%	3ª RODADA					CONCORDÂNCIA ≥ 75%
	1%	25%	50%	75%	100%		1%	25%	50%	75%	100%		1%	25%	50%	75%	100%	
1	0	0	0	5	5	10(100%)	0	0	0	4	6	10(100%)	0	0	0	3	5	8(100%)
2	1	1	0	2	6	8(80%)	1	0	0	5	4	9(90%)	0	0	0	3	5	8(100%)
3	0	0	0	5	5	10(100%)	0	0	0	5	5	10(100%)	0	0	0	3	5	8(100%)
4	0	0	0	3	7	10(100%)	0	0	1	3	6	9(90%)	0	0	0	2	6	8(100%)
5	2	0	1	2	5	7(70%)	2	0	2	2	4	6(60%)	1	0	2	1	4	5(62,5%)
6	0	1	0	4	5	9(90%)	0	1	0	7	2	9(90%)	0	1	0	1	6	7(87,5%)
7	0	0	0	5	5	10(100%)	0	0	0	7	3	10(100%)	0	0	0	2	6	8(100%)
8	0	1	0	5	4	9(90%)	0	1	0	6	3	9(90%)	0	1	0	1	6	7(87,5%)
9	0	4	0	3	3	6(60%)	0	3	3	3	1	4(40%)	0	2	3	3	0	3(37,5%)
10	0	2	3	3	2	5(50%)	0	3	5	1	1	2(20%)	0	3	3	0	2	2(25%)
11	0	1	0	5	4	9(90%)	0	2	0	5	3	8(80%)	0	0	1	3	4	7(87,5%)
12	0	0	0	5	5	10(100%)	0	0	0	7	3	10(100%)	0	0	0	3	5	8(100%)
13	0	0	1	3	6	9(90%)	0	0	1	5	4	9(90%)	0	0	0	3	5	8(100%)
14	0	0	1	4	5	9(90%)	0	0	2	5	3	8(80%)	0	0	1	2	5	7(87,5%)
15	0	0	0	5	5	10(100%)	0	0	0	5	5	10(100%)	0	0	0	2	6	8(100%)
16	0	1	4	3	2	5(50%)	0	1	3	4	2	6(60%)	0	0	3	2	3	5(62,5%)
17	0	2	0	4	4	8(80%)	0	1	1	6	2	8(80%)	0	0	1	3	4	7(87,5%)
18	0	2	1	3	4	7(70%)	0	2	0	5	3	8(80%)	0	1	0	1	6	7(87,5%)
19	0	1	1	4	4	8(80%)	0	1	2	4	3	7(70%)	0	1	1	2	4	6(75%)
20	1	1	1	4	3	7(70%)	1	2	1	6	0	6(60%)	0	1	1	6	0	6(75%)
21	1	2	1	3	3	6(60%)	1	3	1	4	1	5(50%)	0	1	2	3	2	5(62,5%)
22	1	1	2	2	4	6(60%)	1	2	2	4	1	5(50%)	0	1	2	2	3	5(62,5%)
23	0	2	1	3	4	7(70%)	0	3	0	6	1	7(70%)	0	0	2	2	4	6(75%)
24	0	2	2	4	2	6(60%)	0	3	1	5	1	6(60%)	0	1	3	3	1	4(50%)
25	0	2	5	2	1	3(30%)	0	3	5	2	0	2(20%)	0	0	4	3	0	3(37,5%)
26	0	2	6	2	0	2(20%)	0	3	5	2	0	2(20%)	0	2	5	1	0	1(12,5%)
27	0	2	3	4	1	5(50%)	0	3	2	4	1	5(50%)	0	1	3	2	2	4(50%)
28	0	1	4	3	2	5(50%)	0	1	3	5	1	6(60%)	0	0	2	4	2	6(75%)
29	0	1	3	5	1	6(60%)	0	1	2	7	0	7(70%)	0	0	2	4	2	6(75%)
30	2	2	1	4	1	5(50%)	1	4	2	3	0	3(30%)	1	1	3	3	0	3(37,5%)
31	0	4	3	2	1	3(30%)	0	5	2	3	0	5(50%)	0	1	4	2	1	3(37,5%)

32	0	5	1	2	2	4(40%)	0	6	1	3	0	3(30%)	0	3	3	1	1	2(25%)
33	0	4	1	2	3	5(50%)	0	4	1	5	0	5(50%)	0	1	4	3	0	3(37,5%)
34	0	0	2	4	4	8(80%)	0	1	0	6	3	9(90%)	0	0	0	4	4	8(100%)
35	0	3	0	6	1	7(70%)	0	1	4	4	1	5(50%)	0	0	4	3	1	4 (50%)
36	1	4	2	3	0	3(30%)	0	4	2	4	0	4(40%)	0	3	2	2	1	3(37,5%)
37	0	4	0	5	1	6(60%)	0	1	2	7	0	7(70%)	0	0	2	5	1	6(75%)
38	0	1	1	3	5	8(80%)	0	2	0	6	2	8(80%)	0	0	0	5	3	8(100%)
39	0	2	1	2	5	7(70%)	0	2	0	6	2	8(80%)	0	0	0	4	4	8(100%)
40	0	0	0	4	6	10(100%)	0	0	0	6	4	10(100%)	0	0	0	3	5	8(100%)

## VI DISCUSSÃO

O estudo apresentou o desenvolvimento de uma matriz de análise e julgamento com um conjunto de critérios e indicadores para avaliação da atenção ao portador de diabetes mellitus II na Rede de Atenção à Saúde. Utilizou-se a técnica de consenso Delphi, estruturando a pesquisa por meio de revisão da literatura e da contribuição dos especialistas que avaliaram cada item da matriz de julgamento utilizando a escala de Likert<sup>65,66,67</sup>. A avaliação das ações voltadas ao controle da DM na APS permite conhecer mais amplamente os processos e mecanismos de operacionalização do programa contribuindo para o seu aperfeiçoamento<sup>16</sup>.

Na primeira rodada, dos 25 especialistas convidados e que haviam aceitado participar do estudo, 10 fizeram a devolutiva das suas respostas, havendo, portanto nesta rodada uma desistência de 60% dos participantes, número superior ao que ocorre normalmente<sup>75</sup>. Para minimizar a desistência, foram feitos contatos com cada um dos participantes por meio de telefonemas, mensagens e agradecimentos<sup>76</sup>. Já na segunda rodada não houve desistência, todos os 10 participantes devolveram suas respostas após avaliação da rodada anterior, fazendo nova apreciação da matriz. Na terceira e última rodada, a desistência foi de 20%, em conformidade com o encontrado na literatura<sup>75</sup>. O número de participantes do consenso está em consonância com outros trabalhos<sup>74, 75,77</sup>. Contudo, há evidência de que em estudos com mais de duas rodadas há maior risco dos especialistas abandonarem o projeto devido ao cansaço ou que mudem suas avaliações para mais perto das posições médias apenas para terminar o processo<sup>78</sup>.

O tempo de retorno na primeira e segunda rodadas foi de 15 dias para cada uma delas. Na terceira este tempo aumentou para 20 dias. Segundo a literatura um tempo médio de duas

semanas para retorno das respostas tem sido considerado como suficiente<sup>64</sup>, bem como tem sido proposto um número entre 2 a 4 ciclos de execução para busca do consenso<sup>65</sup>, embora a quantidade de rodadas possa variar para mais ou para menos.

Corroborando com outras pesquisas, os especialistas participantes deste estudo possuíam conhecimentos específicos na área em estudo<sup>68,74</sup>, desempenhavam funções ou desenvolviam atividades relacionadas ao estudo<sup>77</sup> e constituíam uma diversidade de profissionais<sup>79</sup>.

Nas três rodadas houve concordância maior ou igual a 75% entre 60% dos especialistas para maioria dos itens que melhor avaliariam a coordenação entre níveis da atenção ao portador de diabetes mellitus II na Rede de Atenção à Saúde, dados estes que apontam para o mesmo consenso adotado em outros estudos<sup>67,80</sup>. Mesmo tendo alcançado parte do consenso pré-estabelecido já na primeira rodada, este estudo estabeleceu, além do critério de consenso, critérios para inclusão e/ou exclusão de itens da matriz baseado no que recomenda a literatura<sup>74</sup>, e devido a estes critérios foi necessário executar mais duas rodadas, pois não se podia excluir ou incluir o item da matriz porque havia empate nas respostas dos participantes, onde metade era a favor da inclusão e a outra metade a favor da exclusão. De acordo com o critério para ser incluído ou excluído o item teria que ter pelo menos 51% de aprovação ou reprovação, respectivamente.

Os resultados revelaram que a maioria dos indicadores que obtiveram melhor pontuação dos especialistas faz parte da dimensão estrutura, enquanto que os que tiveram menor pontuação fazem parte da dimensão processo. Isto pode traduzir-se talvez em uma transferência de responsabilidades, visto que em sua maioria a estrutura é de

responsabilidade da gestão, em contrapartida o processo em sua grande parte diz respeito aos profissionais. Vouri (1991)<sup>81</sup> afirma que até as melhores condições estruturais podem ser mal usadas enquanto que a “excelência profissional” pode trazer bons resultados mesmo que não se tenha uma boa estrutura.

Dentro dos itens com melhor pontuação nota-se presença de indicadores dos três componentes: coordenação da informação, coordenação da gestão clínica e coordenação administrativa, o que pode ser traduzido na importância destes três componentes para a coordenação da atenção entre níveis ao paciente portador de diabetes mellitus.

Destaca-se ainda os seguintes indicadores 1 (formulário ou ficha para cadastro dos portadores de DM), 3 (protocolo ou ficha para realização em referência do usuário portador de DM para outros níveis de atenção), 4 (meios de transferência de informações como telefone, e-mail, etc.) e 12 (existência de profissionais na atenção especializada para atendimento ao portador de DM), pois repetem-se nas rodadas um e três dentre os de maiores concordâncias, revelando a importância da transferência da informação e da acessibilidade entre níveis. Um estudo realizado no Brasil revela a importância dada a transferência da informação através da implantação de prontuários eletrônicos, bem como a relevância da acessibilidade entre níveis com a territorialização de serviços para minimizar as barreiras de acesso, a adoção destas duas medidas contribuíram positivamente para a coordenação da atenção<sup>82</sup>. Os serviços de saúde devem ser oportunos, contínuos, atender à demanda e assegurar o acesso a outros níveis de atenção<sup>83</sup>.

Cabe destacar que a análise dos consensos obtidos com a utilização da técnica Delphi sobre os critérios e indicadores aqui estudados constitui uma contribuição importante com

potencial para avaliações sobre a Coordenação da Atenção na Rede de Atenção à Saúde do portador de diabetes mellitus II. Assim, acredita-se que este estudo pode subsidiar futuras pesquisas, considerando o rigor e os elementos que caracterizam os princípios da técnica aqui adotada.

O estudo apresentou duas limitações, a primeira está relacionada ao número de médicos participantes da pesquisa, dos que foram convidados apenas 1 fez a devolutiva das respostas. A participação desta categoria é deveras importante visto que este profissional juntamente com o enfermeiro constitui a equipe básica responsável pelo atendimento e acompanhamento dos portadores de diabetes mellitus II.

A segunda limitação relaciona-se ao fato dos participantes não terem sugerido adequações de componentes, critérios ou indicadores, mesmo naqueles em que a nota atribuída foi menor que 3.

## VII CONCLUSÃO

A presente pesquisa desenvolveu, por meio de um painel de especialistas que trabalham na Atenção Primária à Saúde, um instrumento para avaliar a coordenação entre níveis de atenção ao portador de diabetes mellitus II na Rede de Atenção à Saúde do município do Recife, que demonstrou validade adequada de conteúdo. Tal instrumento pode ser uma ferramenta útil para os profissionais de saúde e gestores na avaliação da atenção à saúde, bem como na identificação de falhas existentes no sistema e ainda poderá contribuir para o processo da institucionalização da avaliação.

Destaca-se que não houve mudança na matriz do início do processo para a sua versão final, pois não foi feita nenhuma sugestão de mudança em nenhum dos seus componentes, critérios ou indicadores e, de acordo com as notas atribuídas nenhum item foi excluído.

Vale destacar que a maioria dos indicadores de maior concordância faz parte da dimensão estrutura, do componente coordenação da informação e do critério transferência da informação. Dentre os de menores concordâncias prevalece a dimensão processo e assim como nos de maiores concordâncias o componente prevalente é coordenação da informação com o critério transferência da informação.

Por fim, ressalta-se que estudos futuros devem ser realizados para testar a aceitabilidade do instrumento e realizar a sua validação como instrumento de avaliação da atenção ao portador de diabetes mellitus tipo II em uma rede de saúde municipal.

## VIII REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Freitas MC, Mendes MMR. Condição crônica: análise do conceito no contexto da saúde do adulto. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 2007, Jul-Ago; 15(4)
2. Goulart FAA. Doenças crônicas não transmissíveis: estratégias de controle e desafios e para os sistemas de saúde. Brasília, 2011.
3. Organização Mundial da Saúde (OMS). Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação: relatório mundial. Brasília, 2003.
4. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington, 2015
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
6. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15(5): 2297-305.
7. Mendes EV. As Redes de Atenção à Saúde. 2ª. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.
8. Schramm JMA, Oliveira AF, Leite IC, Valente JG, Gadelha AMJ, Portela MC, Campos MR. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva* 2004; 9(4): 897-908.

9. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria N. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília, 2010.
10. 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. *Lancet* 2011; DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9.
11. 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; 46(Supl): 126-34.
12. Malta DC, Moura L, Prado RR, Escalante, JC, Schmidt MI, Duncan BB. Mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e suas regiões, 2000 a 2011. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília 2014 Out-Dez; 23(4): 599-608.
13. Brasil. Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar. 4ª. ed. Rio de Janeiro, 2011.
14. Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
16. Borges DB, Lacerda JT. Ações voltadas ao controle do Diabetes Mellitus na Atenção Básica: proposta de modelo avaliativo. *Saúde debate*, Rio de Janeiro , v. 42, n. 116, p. 162-178, Jan. 2018

17. Moraes GFC, Soares MJGO, Costa MML, Santos IBC. O diabético diante do tratamento fatores de risco e complicações crônica. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2): 240-5.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
19. Viana MR, Rodriguez TT. Complicações cardiovasculares e renais no diabetes mellitus. R. Ci. med. biol., Salvador 2011 Set-Dez; 10(3): 290-6.
20. Cortez DN, Reis IA, Souza DA, Macedo MM, Torres HC. Complicações e o tempo de diagnóstico do diabetes mellitus na atenção primária. Acta Paul Enferm. 2015; 28(3): 250-5.
21. Lenardt MH, Hammerschmidt KSA, Borghi ACS, Vaccari E, Seima MD. O idoso portador de nefropatia diabética e o cuidado de si. Texto Contexto Enfermagem 2008 Abr-Jun; 17(2): 313-20.
22. Sesso RC, Lopes AA, Thomé FS, Lugon JR, Santos DR. Inquérito Brasileiro de Diálise Crônica 2013 - Análise das tendências entre 2011 e 2013. Jornal Brasileiro de Nefrologia 2014; 36(4): 476-81.
23. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2010.
24. Ferreira LT, Saviolli IH, Valenti VE, Abreu LC. Diabetes melito: hiperglicemia crônica e suas complicações. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde, v.36, n. 3, p. 182-8, Set/Dez 2011.

25. Falcão IM, Pinto C, Santos J, Fernandes ML, Ramalho L, Paixão E, Falcão JM. Estudo da prevalência da diabetes e das suas complicações numa coorte de diabéticos portugueses: um estudo na Rede Médicos-Sentinela. *Rev Port Clin Geral* 2008; 24: 679-92.
26. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
27. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde. Brasília: CONASS, 2015.
28. Giovanella L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(Supl. 1): 1081-96.
29. Silva SF. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(6): 2753-62.
30. Veras RP, Caldas CP, Motta LB, Lima KC, Siqueira, RC, Rodrigues RTSV, Silva LMAM, Guerra ACLC. Integração e continuidade do cuidado em modelos de rede de atenção à saúde para idosos frágeis. *Rev Saúde Pública*, 2014; 48(2): 357-65.
31. Costa LRG, Novaes MR, Fernandes SEF, Luna LCG, Alexandre CS. Avaliação do risco de doença renal crônica em uma amostra populacional de diabéticos. *Rev. Ciênc. Saúde Nova Esperança* 2014 Jun; 12(1): 35-44.
32. Rodrigues LBB, Silva PCS, Peruhype RC, Palha PF, Popolin MP, Crispim JÁ, Pinto IC, Monroe AA, Arcêncio RA. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2014; 19(2): 343-52.

33. Macedo LM, Martin STF. Interdependência entre os níveis de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS): significado de integralidade apresentado por trabalhadores da Atenção Primária. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 2014; 18(51): 647-59.
34. Starfield, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
35. Conil EM, Fausto MCR, Giovanella L. Contribuições da análise comparada para um marco abrangente na avaliação de sistemas orientados pela atenção primária na América Latina. *Rev. Bras. Saúde Materno Infantil*, 2010; 10 (Supl. 1): S15-S27.
36. Hartz ZMA; Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad, Saúde Pública*, 2004; 20 (Supl. 2): S331-S336.
37. Almeida PF, Fausto MCR, Giovanella L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. *Rev Panam Salud Publica*, 2011; 29(2): 84–95.
38. Almeida PF, Giovanella L, Mendonça MHM, Escorel S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad. Saúde Pública*, 2010; 26(2): 286-98.
39. Carneiro MSM, Melo DMS, Gomes JM, Pinto FJM, Silva MGC. Avaliação do atributo coordenação da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool a profissionais e usuários. *Saúde Debate*, 2014; 38(Especial): 279-95.
40. Vázquez ML et al. Plano Final da Investigação e Marco Analítico do Projeto Equity-La- II Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina (Equity-LA II),

2014. Disponível em: <<http://www.equity-la.eu/pt/proyecto.php?id=6>>. Acesso em: 3 abr. 2016.

41. Assis EG, Beraldo AA, Monroe AA, Scatena LM, Gonzales RIC, Palha PF, Protti ST, Villa TCS. A coordenação da assistência no controle da tuberculose. *Rev Esc Enferm USP*, 2012; 46(1): 111-8.

42. Vásquez ML et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different health care systems in LatinAmerica: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open* 2015; 5:e007037. doi:10.1136/bmjopen-2014-007037.

43. Escoval A, Coelho A, Diniz JA, Rodrigues M, Moreira F, Espiga P. Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2010; 9: 105-16.

44. Haggerty JL, Roberge D, Freeman GK, Beaulieu C. Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: a qualitative metasummary. *Ann Fam Med*, 2013; 11: 262-271. doi:10.1370/afm.1499.

45. Silva LMV, Formigli VLA. Avaliação em Saúde: limites e perspectivas. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1994; 10(1): 80-91.

46. Tanaka OY. Avaliação da Atenção Básica em Saúde: uma nova proposta. *Saúde e Sociedade*, 2011; 20(4): 927-34.

47. Champagne F, Contandriopoulos AP, Brousselle A, Hartz Z, Denis JL. A Avaliação no Campo da Saúde: conceitos e métodos. In: Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos AP, Hartz Z, organizadores. *Avaliação: conceitos e métodos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

48. Santos EM, Cruz MM. Apresentação. In: Santos EM, Cruz MM, organizadoras. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática da avaliação de programas de controle de processos endêmicos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014, p.15-8.
49. Deslandes SF. Concepções em pesquisa social: articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997; 13(1): 103-7.
50. Paim JS. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: Hartz ZMA, Silva LMV, organizadores. Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; Salvador: EDUFBA, 2005, p.9-10.
51. Figueiró AC, Frias PG, Navarro LM. Avaliação em saúde: conceitos básicos para a prática nas instituições. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, p.1-13.
52. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família – documento técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
53. Tanaka OY, Tamaki EM. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, 2012; 17(4): 821-8.
54. Tanaka OY, Melo C. Uma proposta de abordagem transdisciplinar para avaliação em saúde. Interface - Comunic, Saúde, Educ., 2000; 113-8.
55. Barreto ASB. Avaliação da implantação do programa de controle do câncer de mama no município de Cuité, na Paraíba. Dissertação (Mestrado em Avaliação em Saúde) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2012.

56. Frias PG, Costa JMBS, Figueiró AC, Mendes MFM, Vidal SA. Atributos da qualidade em saúde. In: Samico I, Felisberto E, Figueiró AC, Frias PG. Avaliação em saúde: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: Medbook, 2010, p.43-55.
57. Contandriopoulos AP. Avaliando a institucionalização da avaliação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2006; 11(3): 705-11.
58. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing health quality – the case for tracers. *The New England Journal of Medicine*, 1973; 288(4): 189-94.
59. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação para melhoria da qualidade da estratégia saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
60. Deslandes SF, Mendes CHF, Pires TO, Campos DS. Use of the Nominal Group Technique and the Delphi Method to draw up evaluation indicators for strategies to deal with violence against children and adolescents in Brazil. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife*, 10 (Supl.1): S29-S37 nov. 2010.
61. Mazzotti K, Broega AC, Gomes LVN. A exploração da criatividade, através do uso da técnica de *brainstorming*, adaptada ao processo de criação em moda. Anais do 1º International Fashion and Design Congress, 2012.
62. Andrés CP. ¿Deben estar las técnicas de consenso incluidas entre las técnicas de investigación cualitativa? *Rev Esp Salud Pública* 2CGQ 74; 319-321 n. 4 - Julio-Agosto 2000.
63. Oliveira JSP, Costa MM, Wille MFC. Introdução ao Método Delphi. 1ª Ed. Curitiba: 2008, 16p.

64. Silva AM, Rodrigues CDS, Silva SMR, Witt RR. Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. Rev Gaúcha Enferm., Porto Alegre (RS) 2009 jun;30(2):348-51.
65. Silva RF, Tanaka OY. Técnica Delphi: identificando as competências gerais do médico e do enfermeiro que atuam em atenção primária de saúde. Rev. Esc. Enf. USP, 1999 set; 33(3): 207-16.
66. Sousa CS, Turini RNT. Validação de constructo de tecnologia educativa para pacientes mediante aplicação da técnica Delphi. Acta Paul Enferm. 2012;25(6):990-6.
67. Silveira Jr JA, Coelho CF, Hernandez, AJ, Espinisa MM, Calvo, APC, Ravagnani FCP. Questionário de prontidão para o esporte com foco nas lesões muscoesqueléticas. Rev Bras Med Esporte – v. 22, n. 5 – Set/Out, 2016
68. Avaliação do desenvolvimento socioeconômico. Manual Técnico II: métodos e técnicas. A análise da informação: inquéritos Delphi.
69. RECIFE. Governo Municipal. Secretaria de Saúde do Recife, Secretaria Executiva de Coordenação Geral, Gerência Geral de Planejamento. Plano Municipal de Saúde 2014 – 2017. Recife: Governo Municipal, 2014.
70. IBGE.< <https://www.ibge.gov.br/>>. Acesso em 01/08/16.
71. Salgueiro APVF. Processo de construção dos territórios de saúde no distrito sanitário III. Monografia (Especialização em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) – Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.
72. Santos RSAF. Avaliação da implantação da Rede de Atenção a Saúde das pessoas com doenças crônicas em um distrito sanitário do município de Recife – Pernambuco.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015.

73. Silva GS, Hartz ZMA, Samico I. Relatório do protocolo de tese: Avaliação com foco na equidade da Rede Integrada de Serviços de Saúde do diabetes mellitus tipo II em dois municípios do estado de Pernambuco. Lisboa: Instituto de Higiene Medicina Tropical – IHMT, 2016.

74. Justo C. A técnica Delphi de Formação de Consensos. Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS)2005

75. Castro AV, Rezende M. A Técnica Delphi e seu uso na pesquisa de enfermagem: revisão bibliográfica. Rev. Min. Enferm., 2009 jul/set; 13(3): 429-34.

76. Oliveira JSP, Costa MM, Wille MFC, Marchiori PZ. Introdução ao método Delphi. Curitiba: mundo Material, 2008, 16p.

77. Miranda GJ, Casa Nova SPC, Cornacchione Júnior EB. Uma aplicação da técnica Delphi no mapeamento das dimensões das qualificações docentes na área contábil. REPeC – Revista de Educação e Pesquisa em Contabilidade, ISSN 1981-8610, Brasília, v.8, n.2, art. 2, p. 142-158, abr./jun. 2014.

78. Gallego MD, Luna P, Bueno S. Designing a forecasting analysis to understand the diffusion of open source software in the year 2010. Technological Forecasting and Social Change. 75(2008) 672-686.

79. Scarparo AF, Laus AM, Azevedo ALCS, Freitas MRI, Gabriel CS, Chaves LDP. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. Rev. Rene, 2012; 13(1): 242-51.

80. Valle ARMC, Andrade D, Sousa AFL, Carvalho PRM. Prevenção e controle das infecções no domicílio: desafios e implicações para enfermagem. *Acta Paul Enferm.* 2016; 29(2): 239-44.

81. Vouri H. *Divulgação em Saúde para Debate/ A qualidade da saúde.* p. 17-25. 1991.

82. Almeida, PF. *Estratégias de coordenação dos cuidados: fortalecimento da atenção primária à saúde e integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos.* Tese (Doutorado) – Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010. 142 f.

83. Albuquerque MSV, Lyra TM, Farias SF, Mendes MFM, Martelli PJJ. *Acessibilidade aos serviços de saúde: uma análise a partir da Atenção Básica em Pernambuco.* *Saúde Debate.* Rio de Janeiro, v. 38, n. Especial, p. 182-194, out 2014.

## APÊNDICE

### INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA - IMIP

#### MESTRADO PROFISSIONAL EM AVALIAÇÃO EM SAÚDE

##### **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Eu, Suênia de Sousa Silva Batista, o (a) convido para participar da pesquisa **Avaliação da Atenção aos Portadores de Diabetes Mellitus II no município do Recife – PE, Brasil**, que é objeto de estudo do Mestrado Profissional de Avaliação em Saúde, pertencente ao Programa de Pós-graduação *Stricto Sensu* em Avaliação em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), do qual sou aluna.

O estudo tem como objetivo avaliar a atenção ao portador de diabetes mellitus II na Rede Integrada dos Serviços de Saúde no município do Recife-PE, utilizando a nefropatia diabética como evento sentinela. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer do processo 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 1 a 5 a cada um dos critérios, indicadores e padrões propostos na matriz de julgamento. As notas 1 indicará que o senhor(a) DISCORDO TOTALMENTE do item, a nota 2 indica DISCORDO, a 3 que NÃO CONCORDO NEM DISCORDO, a nota 4 indica que o senhor(a) CONCORDO e a nota 5 que CONCORDO TOTALMENTE. O (A) senhor (a) poderá sugerir novos critérios/indicadores ou modificar as proposições apresentadas pela pesquisadora. A síntese dos resultados de cada rodada será enviada por e-mail para que tome conhecimento e em seguida avalie novamente a matriz. As rodadas se sucederão até que se chegue a um consenso. Informamos que o (a) senhor(a) pode se recusar a avaliar critérios/indicadores que traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo. A pesquisa não apresenta riscos para os 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) 986765653 ou e-mail: suenia.s.s@hotmail.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, e-mail: . O CEP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: das 07:00 às 11:30hs e das 13:30 às 16:00hs.

Este documento deverá ser assinado pelo entrevistado e enviado via correio eletrônico para entrevistadora.

Recife, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistador

## ANEXO



INSTITUTO DE MEDICINA  
INTEGRAL PROFESSOR  
FERNANDO FIGUEIRA -



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO AOS PORTADORES DE DIABETES MELLITUS II NO MUNICÍPIO DO RECIFE - PE, BRASIL

**Pesquisador:** Suênia de Sousa Silva Batista

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 61993816.5.0000.5201

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.879.385

**Apresentação do Projeto:**

Será realizado um estudo avaliativo da atenção ao portador de diabetes mellitus II na Rede Integrada dos Serviços de Saúde, com abordagem quantiquantitativa, utilizando a nefropatia diabética como evento sentinela. O estudo será desenvolvido no Distrito Sanitário (DS) VII da cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco. A pesquisa será realizada no período de março/2016 a setembro/2017. A População do estudo será constituída pelos profissionais médicos e enfermeiros das Equipes de Saúde da Família (ESF) do DSVII às quais estejam vinculados os pacientes portadores de diabetes mellitus II em TRS no período da coleta. A coleta de dados realizar-se-á a partir da aplicação de questionários estruturados à coletividade dos sujeitos da pesquisa.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar a atenção ao portador de diabetes mellitus II na Rede Integrada dos Serviços de Saúde no município do Recife-PE, utilizando a nefropatia diabética como evento sentinela.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisa não apresenta riscos para os participantes tendo em vista que os dados relevantes serão coletados a partir de questionários. O sigilo e o anonimato das informações prestadas serão garantidos. Potenciais benefícios poderão advir através da melhoria na atenção ao portador de

**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: 1.879.385

diabetes mellitus II Rede Integrada dos Serviços de Saúde no município do Recife-PE.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto está adequadamente estruturado, sendo viável sua realização nos termos propostos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O TCLE está escrito em linguagem convidativa e acessível aos potenciais participantes da pesquisa.

**Recomendações:**

Recomendo ao CEP/IMIP a aprovação do presente projeto.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sem exigências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_821943.pdf	07/11/2016 16:00:05		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	07/11/2016 15:56:12	Suênia de Sousa Silva Batista	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_SUENIA_05112016.docx	07/11/2016 15:55:14	Suênia de Sousa Silva Batista	Aceito
Outros	ANUENCIA_RECIFE.pdf	07/11/2016 10:53:47	Suênia de Sousa Silva Batista	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_PROFISSIONAL_USUARIO_IMIP.docx	07/11/2016 10:49:47	Suênia de Sousa Silva Batista	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DELPHI_IMIP.docx	07/11/2016 10:44:42	Suênia de Sousa Silva Batista	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

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: 1.879.385

RECIFE, 22 de Dezembro de 2016

---

**Assinado por:**  
**Gláucia Virgínia de Queiroz Lins Guerra**  
**(Coordenador)**

**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](mailto:comitedeetica@imip.org.br)