UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA

EMILAINE DE LIMA FERREIRA

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM PERNAMBUCO: um estudo de avaliabilidade

Recife
2022

EMILAINE DE LIMA FERREIRA

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM PERNAMBUCO: um estudo de avaliabilidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Comunicação Humana.

Área de concentração: Fonoaudiologia.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima.

Recife

2022

Catalogação na Fonte
Bibliotecário: Rodriggo Leopoldino Cavalcanti I, CRB4-1855

F383r Ferreira, Emilaine de Lima.
Rede de cuidados à pessoa com deficiência em Pernambuco : um estudo de avaliabilidade / Emilaine de Lima Ferreira. – 2022.
87 f. : il. ; tab. ; 30 cm.

Orientadora : Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima.
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana. Recife, 2022.

Inclui referências, apêndice e anexos.

1. Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência. 2. Atenção à Saúde. 3. Avaliação em Saúde. I. Lima, Maria Luiza Lopes Timóteo de (Orientadora). II. Título.

649.8 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2023-131)

EMILAINE DE LIMA FERREIRA

REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM PERNAMBUCO:

um estudo de avaliabilidade

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Comunicação Humana. Área de concentração: Fonoaudiologia.

Aprovada em: 05/12/2022.

BANCA EXAMINADORA

_____

Profa. Dra. Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profa. Dra. Tatiana de Paula Santana da Silva (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profa. Dra. Ana Cristina de Albuquerque Montenegro (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco

_____

Profa. Dra. Cynthia Maria Barbosa do Nascimento (Examinadora Externa)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico este trabalho ao meu Deus, a minha família e a minha avó Nininha (*in memoriam*), por sempre apoiar e acreditar em meus estudos.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus, que sempre é fiel em suas promessas, toda honra a ele, para todo o sempre, pois ele tem sido minha fortaleza nas angústias e meu socorro presente e me conduzido de pé em todo o momento.

Aos **meus pais Ednaldo e Risoneide**, por serem meu exemplo e maiores apoiadores, em todos os sonhos e desejos, por contribuir com minha formação e instruído nos melhores caminhos.

As minhas irmãs Elianeide, Eliana e Elionai, por se fazerem presente sempre em minha vida, pelo cuidado, apoio e proteção, vocês são importantes demais.

À minha orientadora, Maria Luiza, por acreditar e me auxiliar nessa jornada, minha eterna gratidão. Às **coordenadoras** da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência, Aparecida e Arabela, juntamente a Secretária Estadual de Pernambuco, por auxiliar nas etapas da pesquisa.

À Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia no Estado de Pernambuco (FACEPE), pelo suporte e apoio financeiro com bolsa, o que foi significante durante o período de realização do mestrado. **A Universidade Federal de Pernambuco (UFPE),** pela oportunidade de realizar mais uma formação na instituição e contribuir com minha evolução acadêmica.

À turma do mestrado, por toda parceria, e por ter enfrentado uma fase atípica da Pandemia do COVID19, vocês foram suporte importante para esse desafio no campo da pesquisa, gratidão por todo aprendizado.

À minha amiga Angelina, que estive comigo apoiando e incentivando em todos os momentos. **Ao departamento de Fonoaudiologia** e a todos os **Docentes** da Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana.

RESUMO

As Redes de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RPCD) foram instituídas há mais de dez anos e configuram-se como uma estrutura fundamental para a garantia do acesso e cuidado integrado à Pessoa com deficiência. Considerando a complexidade que envolve o desenvolvimento das redes, os estudos de avaliabilidade podem se configurar como um importante componente da gestão, legitimando a tomada de decisão e o controle das intervenções. Esse estudo tem o objetivo de realizar um estudo de avaliabilidade da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência em Pernambuco. Foi desenvolvido no estado de Pernambuco, no período de setembro de 2021 a agosto de 2022. Fizeram parte do estudo 11 participantes, três informantes-chave e oito especialistas. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O estudo de avaliabilidade, se caracteriza como uma pré-avaliação e foi conduzido em três etapas, de acordo com Leviton: na primeira etapa, a análise documental e entrevista com os informantes-chave, realizada mediante questionário semiestruturado; na segunda etapa foi realizado a construção do modelo lógico (ML) preliminar e validação pelos especialistas; na terceira etapa, elaboradas perguntas avaliativas. A análise selecionou documentos, dentre eles, o plano viver sem Limites, a portaria que institui a Rede de Cuidados á Pessoa Com Deficiência, Lei Brasileira de Inclusão (LBI), Consolidação nº 03 do Ministério da Saúde, CIB 2189 e os documentos de gestão (Programação Anual de Saúde e Relatório Anual de Gestão), que possibilitaram a extração e identificação dos objetivos da Rede de Cuidados á Pessoa Com Deficiência. Os gestores apontaram como pontos fortes da rede: a dinâmica das coordenações com todas as políticas funcionando no mesmo ambiente, o que facilita a comunicação entre elas, viabilizando melhor a transversalidade das ações; a utilização do respaldo normativo; as ações de implantação dos grupos condutores e atividades direcionadas ao componente de atenção especializada, com ações específicas da implantação e habilitações de centros de reabilitação. Algumas lacunas apontadas foram: o quadro técnico de profissionais reduzidos e as dificuldades para ampliação dos grupos condutores da RPCD. O modelo lógico obteve validação quanto sua importância e relevância. A atividade “adequação da acessibilidade em todos os ambientes e serviços”, da dimensão gestão obteve pontuação máxima 100%, as demais atividades foram

consideradas importantes, com percentual entre 80% e 95,8%. Na subdimensão atenção básica, seis das onze atividades receberam a pontuação máxima quanto a sua importância, apenas a atividade de “prevenção de perda funcional” não foi considerada importante (62%). Quanto sua relevância, todas as atividades foram consideradas relevantes, porém a “prevenção da perda funcional e recuperação da função” e “articulação com a rede SUAS e rede educacional”, receberam a menor pontuação. Diante do conjunto de informações foram traçadas perguntas avaliativas categorizadas na perspetiva da Implantação, funcionamento e impactos da RPCD. O modelo lógico foi avaliado como válido quanto sua importância e relevância e sugere desafios para a atuação da RPCD. A RPCD pode ser submetida a avaliações, com prioridade para funcionamento geral, implantação e impacto das ações.

Palavras-chave: rede de cuidados à pessoa com deficiência; atenção à saúde; avaliação em saúde.

ABSTRACT

The Networks of Care for People with Disabilities (RPCD) were instituted more than ten years ago and are configured as a fundamental structure for guaranteeing access and integrated care to people with disabilities. To conducts an evaluability study of the Care Network for People with Disabilities in Pernambuco. It was developed in the state of Pernambuco, from September 2021 to August 2022. Eleven participants, three key informants, and eight experts were part of the study. All participants signed the Informed Consent Form (ICF). The evaluability study is characterized as a pre-assessment and was adapted in three stages according to what was proposed by Leviton: the first stage was the document analysis and key informant interviews, carried out using a semi-structured questionnaire; in the second stage, the construction of the preliminary logic model (ML) and validation by experts were performed; in the third stage, evaluative questions were elaborated. The analysis selected documents that enabled the extraction and identification of the objectives of the RPCD, among them, the Living without Limits plan, the ordinance that institutes the RPCD, Brazilian Inclusion Law (LBI), Consolidation nº 03 of the Ministry of Health, CIB 2189 and the management documents (PAS and RAG). The logical model was validated as to its importance and relevance through specialists' analysis. The activity "adequacy of accessibility in all settings and services" in the management dimension got the maximum score of 100%, and the others in this dimension were considered important, with a percentage between 80% and 95.8%. In primary care, six of the eleven activities received the maximum score as to their importance, only the activity "prevention of functional loss" was not considered important (62%). Regarding their relevance, all activities were considered relevant, but the "prevention of functional loss and recovery of function" and "articulation with the SUAS network and educational network", received the lowest scores. The key informants reported on the dynamics of the coordinations with all policies working in the same environment, which facilitates communication between them, making the transversality of actions more feasible. The study faced some limitations, which concern the small number of specialists who participated in the validation, and the lack of involvement of professionals from the hospital units, who could represent the urgency and emergency care component. Three points were visualized through the key informant interviews: normative support, the RPCD implementation in the state,

and the Network coordination functioning. The actions for the implementation of conductive groups and activities directed to the specialized care component were signaled, with specific actions for the implementation and qualification of rehabilitation centers. Some gaps in the study resulted in the elaboration of evaluative questions, and were categorized as follows: Implementation, operation and impacts of the RPCD. The logic model was evaluated as valid in terms of its importance and relevance and suggests challenges for the performance of the RPCD. the tool can be used as an inductive instrument for management practices, and should not be an isolated document, but rather something useful, capable of helping people to meet their goals and understand what is expected of the Network.

Keywords: health services for persons with disabilities; health care; health evaluation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

DISSERTAÇÃO

Figura 1 – Linha do tempo dos principais acontecimentos relacionados às pessoas com deficiência 20
Figura 2 – Etapas do estudo de avaliabilidade 31
Quadro 1 – Diretrizes para modelagem da rede em Pernambuco 24
Quadro 2 – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Pernambuco 29
Quadro 3 – Identificação dos informantes-chave e especialistas 30

ARTIGO

Figura 1 – Etapas do estudo de avaliabilidade 38
Figura 2 – Modelo lógico da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Pernambuco 47
Quadro 1 – Principais documentos utilizados na análise documental 40
Quadro 2 – Redes de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Pernambuco no que diz respeito ao cumprimento de metas nos relatórios de gestão 42
Quadro 3 – Entrevista com os informantes-chave 45
Quadro 4 – Elaboração das perguntas avaliativas 52

LISTA DE TABELAS

ARTIGO

Tabela 1 – Avaliação dos especialistas quanto à importância das atividades do modelo lógico 48

Tabela 2 – Avaliação dos especialistas quanto à relevância das atividades para o modelo lógico 50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CASPD	Coordenação de Atenção à Saúde de Pessoas com Deficiência
CER	Centros Especializados em Reabilitação
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
DOMI	Diretrizes, Objetivos, Metas, Indicadores
DPE	Diretório de Políticas Estratégicas
EA	Estudo de Avaliabilidade
GERES	Gerência Regional de Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMIP	Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira
LBI	Lei Brasileira de Inclusão
MLP	Modelo Lógico do Programa
MTL	Modelo Teórico de Avaliação
NASF-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família-Atenção Básica
OPM	Órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção
PAS	Programação Anual de Saúde
PcD	Pessoa com Deficiência
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PE	Pernambuco
PES	Plano Estadual de Saúde
PNASA	Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva
PS	Plano de Saúde
PSE	Programa de Saúde na Escola
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAMI	Rede de Atenção Materna Infantil
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RCPD	Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
SUAS	Sistema Único de Assistência à Saúde

SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 15
2 REFERENCIAL TEÓRICO 19
2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA 19
2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: CONSTITUIÇÃO E AVALIAÇÃO 20
3 MÉTODO 28
3.1 TIPO DE ESTUDO 28
3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO 28
3.3 POPULAÇÕES DO ESTUDO 29
3.4 MÉTODOS DE COLETA DE DADOS 31
3.5 ANÁLISE DOCUMENTAL E ENTREVISTAS (PRIMEIRA ETAPA) 31
3.6 DESENVOLVIMENTO DO MODELO LÓGICO E VALIDAÇÃO COM OS ESPECIALISTAS (SEGUNDA E TERCEIRA ETAPA) 32
3.7 DEFINIÇÃO DAS PERGUNTAS AVALIATIVAS 33
3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 33
4 RESULTADOS 35
4.1 ARTIGO – REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM PERNAMBUCO: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE 35
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 59
REFERÊNCIAS 60
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – COLETA DE DADOS VIRTUAL 64
ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA 67
ANEXO B – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA 74
ANEXO C – NORMAS DE SUBMISSÃO NA REVISTA CODAS 77
ANEXO D – QUESTIONÁRIO INFORMANTES-CHAVE 87

1 INTRODUÇÃO

Historicamente, as iniciativas no campo da atenção á Saúde voltada a Pessoa com Deficiência tem sido isolada e em desacordos dos princípios de integralidade, equidade e acesso universal aos serviços de Saúde, sem articulação entre os pontos e níveis de atenção à saúde, resultando em atenção fragmentada e pouco eficaz (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

A Lei Brasileira de Inclusão (LBI), define Pessoa com Deficiência (PcD) como aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, e que, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2015).

Mais de um bilhão de pessoas no mundo, convive com alguma forma de deficiência, dentre as quais cerca de 200 milhões enfrentam dificuldades funcionais importantes. Esse número tende a aumentar nos próximos anos devido ao envelhecimento das populações, bem como ao aumento global das doenças crônicas, como diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e distúrbios mentais (TUON; CERETTA, 2017).

Baseado no censo realizado no ano de 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 23,9% da população brasileira declarou ter algum tipo de deficiência, classificadas em: física, visual, motora e mental ou intelectual. Considerando a distribuição regional, observa-se assimetrias, a maior porcentagem encontra-se nos estados do nordeste brasileiro.

Em 2018, o IBGE divulgou uma nota técnica, com uma releitura da estimativa de pessoas com deficiências, passando a considerar apenas os indivíduos que autodeclararam ter muita dificuldade ou não conseguem de modo algum realizar atividades que envolvam visão, audição ou locomoção, sendo assim a população de pessoas com deficiência, passa a ser o equivalente a 6,7% da população brasileira (BRASIL, 2018). Independentemente dessa representação, o direito à saúde está garantido na Constituição brasileira e os serviços de saúde precisam ser ofertados de forma a garantir o acesso e a integralidade do cuidado. Nas últimas décadas registra-se avanços importantes para a Saúde da Pessoa com Deficiência no Brasil, um desses avanços foram as ações da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva (PNASA) (Portaria nº 2.073/2004), que buscou integrar todos os níveis de

atenção, na atenção básica, na média e alta complexidade (ambulatorial e hospitalar), garantindo não só o diagnóstico e a reabilitação auditiva, mas a promoção e proteção. Assim, a atenção a Saúde auditiva estive à frente, quando comparada aos outros tipos de atenção (BEVILACQUA *et al*., 2011).

Em 2011, o Decreto nº 7.612, lançou o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, “Viver sem Limite”, que trouxe outra lógica de funcionamento para o cuidado em saúde as pessoas com deficiência. Esse plano, possui ações estratégicas em quatro eixos temáticos: educação, saúde, inclusão social e acessibilidade, envolvendo não apenas a saúde, mas 15 Ministérios (BRASIL, 2011).

O plano revogou as políticas até então vigentes, que concebiam a organização dos serviços por tipo de deficiência, e reforçou o objetivo de promover a cidadania e o fortalecimento da participação da pessoa com deficiência na sociedade, promovendo sua autonomia, eliminando barreiras e permitindo o acesso e igualdade, aos bens e serviços disponíveis a toda a população (BRASIL, 2011).

As ações, na atenção especializada, passam a ser realizadas pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER), que fazem avaliação, diagnóstico, orientações, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território. São classificados em CER II, III ou IV, de acordo com o número de modalidades de reabilitação atendidas, sendo o CER I permitido apenas no caso de antigos serviços previamente credenciados para o atendimento de uma única deficiência (MENDES; VIEIRA, 2014).

A ideia do funcionamento em redes de saúde, se refere à articulação da política com toda a linha de cuidado, desde atenção básica, passando pela rede especializada, odontológica, materno-infantil, até a atenção hospitalar e de urgência/emergência, sendo estabelecidas ações para cada nível de atenção. (BRASIL, 2012).

A operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência deu-se pela execução de quatro fases: diagnóstico e desenho regional da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; adesão à Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; contratualização dos Pontos de Atenção; implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2012).

Embora a Rede tenha sido vista como um avanço pelos movimentos sociais liderados pelas pessoas com deficiência, pelos estados e municípios brasileiros, o desenvolvimento, implantação, aprimoramento e fortalecimento precisam ser avaliados e debatidos mais amplamente, contribuindo para qualificação da Rede e formação de profissionais, ao mesmo tempo, ativado a necessária interlocução da Rede (BRASIL, 2013).

Muito embora a avaliação dos serviços e programas de saúde tenha um acúmulo considerável na literatura, a avaliação das Redes e Saúde se apresentam como temas recentes no campo da saúde coletiva, pois as avaliações na área da saúde geralmente se concentram em níveis de políticas, programas, serviços ou intervenções (SILVA, 2010).

Dada sua definição e complexidade de implantação e funcionamento, existe um grande desafio para avaliação das Redes temáticas de Saúde (AMARAL; BOSI, 2017). Os pontos de atenção da RPCD são considerados frágeis, pouco articulados e descontinuados, tendo as ações e serviços com maior concentração na Rede especializada (GIRONDI; SANTOS, 2011).

A Comissão Intergestores Bipartite de Pernambuco CIB/PE, através da Resolução nº 2189, em 2013, aprovou a modelagem para a Rede no estado, e instituiu um grupo condutor para sua implantação (BRASIL, 2013). Passados mais de dez anos, o funcionamento dos pontos de atenção da RPCD ainda é pouco articulado e com pequenos avanços em relação a sua implantação.

A avaliação em Saúde, na maioria das vezes está concentrada na fase de implementação, na verificação do grau e contexto de uma política ou programa, podendo examinar o processo de trabalho, verificando conexões de Rede, trabalho em equipe, oferta assistenciais, entre outras ações (TANAKA, 2017). Em algumas situações é necessário fazer uma pré-avaliação para verificar a possibilidade de submeter determinada intervenção a uma avaliação.

De acordo com Thurston e Potvin (2003), os estudos de avaliabilidade contribuem para avaliação de programa de uma forma geral, e recomendam que sejam programas que visam mudanças sociais. Considerando a importância da RCPD e os pouco registros sobre essa implantação no estado de Pernambuco, torna-se oportuno um estudo de avaliabilidade da RPCD, a fim de demonstrar como está o processo de efetivação, os fatores que dificultam e que facilitam a execução da Rede.

Mediante o exposto, este estudo teve por objetivo realizar um estudo de avaliabilidade da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Pernambuco. E os seguintes objetivos específicos: a) Identificar objetivos, metas e atividades da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência; b) Construir e validar o modelo lógico do funcionamento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência; c) Elaborar perguntas avaliativas para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Essa dissertação está estruturada em cinco capítulos, sendo o primeiro a Introdução. O segundo capítulo, a Revisão de Literatura que está composto com os seguintes tópicos: Contexto histórico das políticas de Saúde da Pessoa com Deficiência e Rede de Atenção à Saúde: constituição e avaliação. O terceiro capítulo, composto pelo método da pesquisa, o quarto capítulo, os resultados da pesquisa apresentados no formato de artigo a ser submetido a Revista CoDas. No quinto capítulo, as considerações finais e recomendações.

Além desses capítulos descritos acima, também compõe essa dissertação os anexos com comprovação da participação como ouvinte no I Encontro de Saúde da Comunicação Humana no ensino fundamental e moderadora de mesa (Anexos A e B) na palestra intitulada por “Orientações para pais e professores voltadas à promoção de aprendizagem da linguagem escrita nas series iniciais do ensino fundamental” no dia 15 de dezembro de 2020 (Anexo C).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONTEXTO HISTÓRICO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil, em 1988, fruto do processo de democratização do País, ficaram garantidos os direitos fundamentais para os cidadãos brasileiros. No artigo 23, capítulo II, a Constituição determina que “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, o cuidado da saúde e assistência públicas, proteção e garantia das Pessoas com Deficiências” (BRASIL, 2010).

Desde então, instrumentos legais vêm sendo estabelecidos, para regulamentar pontos importantes da constituição e segmento populacional, principalmente demonstrando importância da Lei nº 7.853/89, que propôs a integração social das pessoas com deficiência (BRASIL, 1989). A Lei nº 8.080/90, Lei nº 10.048/00 que estabelece prioridades ao atendimento, a Lei nº 10.098/00, que determinando critérios para a promoção da acessibilidade, e os Decretos nº 3.298/99 que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e nº 5.296/04 que regulamenta as Leis nº 10.048/00 e nº 10.098/00 e mais recentemente a Lei Brasileira de Inclusão, assegura e promove, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais.

Em 2011, o governo Federal lançou através do Decreto nº 7.612, o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano viver sem Limites. Foi formulado de acordo com as demandas apresentadas nas conferências Nacionais, enquadra os eixos de acesso à educação; inclusão social; atenção à Saúde e acessibilidade, são eixos interdependentes e articulados, o que constitui a Rede de serviços que garantem a assistência a população.

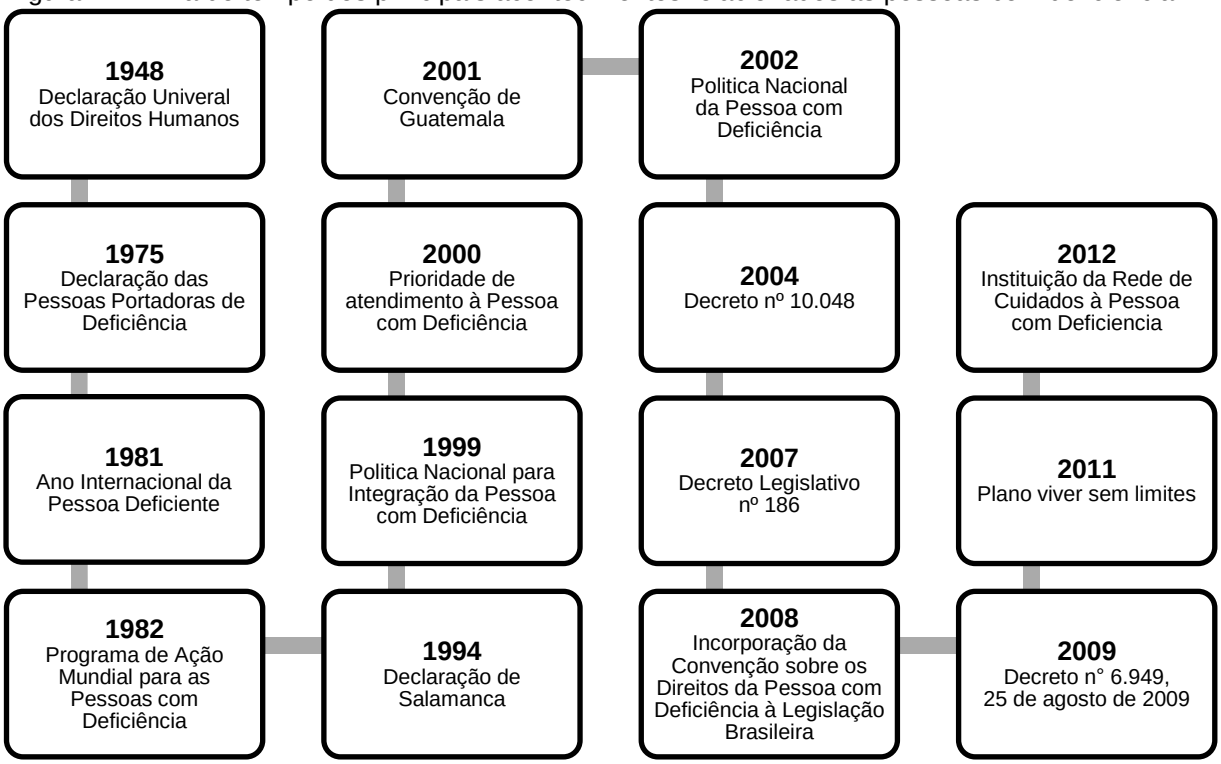
O plano viabilizou a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, Portaria do Ministério da Saúde nº 793, estabelecendo a necessidade de regionalização dos serviços como critério para definição de instalações de seus equipamentos além das particularidades territoriais de cada estado (OLIVEIRA; SOUZA, 2016).

Como um avanço nos aspectos relacionados a organização dos cuidados em saúde, a política de Saúde das Pessoas com Deficiências define que a Rede se organize nos seguintes componentes: Atenção Básica, Atenção Especializada e

Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Esses pontos de atenção dos componentes estão articulados por conjuntos de ações, de protocolos de ação e de procedimentos, que estabelecem os processos e os fluxos do cuidado entre os componentes e seus pontos de atenção (BRASIL, 2012).

A Figura 1 mostra os principais registros históricos envolvendo a inclusão e participação de pessoas com deficiência:

Figura 1 – Linha do tempo dos principais acontecimentos relacionados às pessoas com deficiência



Fonte: A autora (2022).

2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: CONSTITUIÇÃO E AVALIAÇÃO

A Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012, instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência. Entre os pricipais objetivos: ampliar o acesso e qualificar o atendimento às Pessoas com Deficiência, promover a vinculação destas pessoas e suas famílias aos pontos de atenção e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território (BRASIL, 2012).

Para o processo de implementação da rede, o Ministério da Saúde elaborou uma série de orientações, normativas, instrutivos e materiais de referência a partir da discussão e definição dos princípios e diretrizes da rede com gestores e profissionais da saúde, movimentos sociais e pesquisadores de todo o Brasil, implicando em uma política pública pluralista e produzida de forma ascendente, inserida na busca pela produção qualificada de saúde, com oferta de cuidados pautada pela integralidade da assistência, pela universalidade do acesso, pela equidade do cuidado e pelo controle social (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

As ações e os serviços de saúde pública destinados às Pessoa com Deficiência devem garantir o diagnóstico e intervenções precoces; serviços de habilitação e de reabilitação; atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação; campanhas de vacinação; atendimento psicológico; respeito à especificidade, identidade de gênero e orientação sexual; atenção sexual e reprodutiva; informação adequada e acessível sobre sua condição de saúde; prevenção de deficiências e agravos; estratégias de capacitação permanente das equipes que atuam no atendimento à pessoa com deficiência no SUS, em todos os níveis de atenção; oferta de órteses, próteses, meios auxiliares de locomoção, medicamentos, insumos e fórmulas nutricionais (BRASIL, 2015).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, deve se organizar através dos seguintes componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e Múltiplas Deficiências; Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Estes três componentes, envolvendo diferentes níveis de atenção, devem estar articulados entre si, de modo a garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado aos pontos de atenção ou serviços de apoio, observando a equidade na atenção a estes usuários (BRASIL, 2012).

Os níveis de atenção à saúde são fundamentais para o uso racional dos recursos e para o estabelecimento do foco gerencial dos entes de governança, sendo estruturados por meio de arranjos produtivo/s conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a Atenção Primária à Saúde, ao de densidade tecnológica intermediária, a Atenção Secundária à Saúde, até o de maior densidade tecnológica, a Atenção Terciária à Saúde (MENDES, 2011). A atenção integral à saúde da Pessoa com Deficiência só pode ser obtida em rede, englobando a assistência específica à sua condição, bem

como a assistência a doenças e agravos comuns a qualquer cidadão (BRASIL, 2008; MALTA; MERHY, 2010).

A porta de entrada preferencial de assitência à Saúde da Pessoa com Deficiência, assim como de qualquer outro usuário do SUS, é a Atenção Básica, onde as ações são realizadas em caráter individual e coletivo nos níveis de promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento e reabilitação, ofertando ações de modo descentralizado por meio de unidades de menor porte e mais próximas aos usuários (AMARAL *et al*., 2012).

As medidas preventivas realizadas no âmbito da Atenção Básica são fundamentais para a redução da incidência de deficiências e incapacidades, uma vez que em torno de 70% dos casos de deficiência poderiam ser evitados ou atenuados (BRASIL, 2008). Na atenção secundária, ou ambulatorial especializada, a oferta do cuidado abrange um conjunto de ações, conhecimentos e técnicas assistenciais considerados de média e alta complexidade e envolve processos de trabalho e tecnologias especializadas.

A atenção terciária envolve a assistência hospitalar, que compreende o atendimento de média e alta complexidade impondo a necessidade de reabilitação do usuário, a qual deve estar baseada em uma avaliação multidisciplinar de suas necessidades, habilidades e potencialidades (BRASIL, 2015). O fortalecimento das relações entre os três níveis de atenção está na implantação de redes regionalizadas e hierarquizadas de saúde, na criação de sistemas de referência e contrarreferência e no desenvolvimento de linhas de cuidado, devendo ser garantida a capacitação inicial e continuada aos profissionais que prestam assistência à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015; SOLLA; PAIM, 2014).

Os pontos de atenção da RPCD precisam estar articulados por ações e protocolos de procedimentos, que estabelecem os processos e os fluxos do cuidado entre os componentes e os pontos de atenção. Desta maneira, os cuidados às Pessoas com Deficiência devem ser pensados em rede, com a organização dos serviços em linhas, devido às necessidades da população, permitindo que a atenção a saúde esteja focada no contexto do território e nas necessidades das Pessoas, sustentando projetos terapêuticos singulares, o que amplia as possibilidades de equidade e de cuidado integral às pessoas com deficiência (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

De acordo com Consolidação nº 03 do ministério da Saúde, as Rede de Atenção à Saúde configuram-se como arranjos organizativos de ações de saúde, em diferentes densidades tecnológicas, que integradas por sistemas de apoio técnico e logístico e de gestão, procuram garantir a integralidade do cuidado. A proposta das Redes de atenção é lidar com projetos e processos complexos da gestão e atenção à Saúde buscando cumprir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017).

A Portaria nº 4.279/2010, instituiu as seguintes redes temáticas: Rede cegonha, Rede de Atenção às urgências e emergências (RUE), Rede de Atenção Psicossocial (Raps), Rede de Atenção à Saúde das Pessoas crônicas e Rede de cuidados à Pessoa com Deficiências (BRASIL, 2014). Foi publicado em fevereiro pelo Ministério da Saúde, a Portaria GM/MS nº 715, de 4.4.2022, que altera a Portaria de Consolidação nº 3, de 28.9.2017, instituindo a Rede de Atenção Materna Infantil (RAMI) em substituição à Rede Cegonha (BRASIL, 2022).

O Sistema em rede se organiza de forma horizontal na Atenção à Saúde, sendo a Atenção Primária à Saúde (APS) o ponto de comunicação preferencial, visando a qualidade da atenção, bem como a melhoria na qualidade de vida dos usuários, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (SILVA; MOTA, 2015). Os atributos essenciais para organização da RAS, definidos como elementos constitutivos dessa rede são: população com deficiência, estrutura operacional existente e o modelo de atenção à saúde, ou seja, em que nível de atenção estão sendo ofertados assistência e cuidado a população (BRASIL, 2010; MENDES, 2011; BRASIL, 2012).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), é considerada uma das Redes temáticas prioritárias, instituída no SUS pela Portaria GM/MS nº 793/2012, trazendo um novo que induz as ações em saúde para as pessoas com Deficiência no âmbito do SUS, priorizando o respeito aos direitos humanos, como garantia de autonomia e liberdade às pessoas com deficiência; respeito às diferenças; atenção humanizada; e diversidade nas estratégicas de cuidado (CAMPOS, 2015).

A RPCD se expressa como resultado das lutas dos movimentos sociais das pessoas com deficiência, conquista de direitos a partir da legitimação de demandas da população.

No artigo 5º da Portaria 793/2012, diz que a operacionalização da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência será composta por 4

fases: I - Diagnóstico e desenho da Rede da Pessoa com Deficiência; II - Adesão à RCPCD; III - Contratualização dos Pontos de Atenção; e IV - Implantação e acompanhamento pelo Grupo Condutor Estadual da RCPCD (BRASIL, 2012).

De acordo com os documentos do Ministério da Saúde, que foram publicados posteriormente à Portaria 793/2012, uma orientação no sentido de que os grupos condutores sejam espaços de elaboração dos Planos de Ação das Redes (BRASIL, 2014), foi apontado por Casanova *et al*. (2017).

Na portaria 793/2012, a qual institui a RPCD, não constam intruções ou normativas específicas quanto as diretrizes para modelagem da Rede e atribuições dos grupos condutores, sendo assim em Pernambuco através da CIB nº 2189 de 2013, que altera a resolução da CIB nº 1992, de 2012, aprovou-se as diretrizes para a modelagem da RPCD (Quadro 1), e a instituição do grupo condutor.

Quadro 1 – Diretrizes para modelagem da rede em Pernambuco

Referência	Ação/Serviço
Municipal	- Ações de promoção de saúde, inclusive por meio de Programa de Saúde da Escola, prevendo às Causas e agravos de Deficiência e Cuidado no âmbito de atenção primária, mediante o apoio matricial (NASF) em Saúde PcD/RBC, acolhimento, classificação de risco e análise de Vulnerabilidade para PcD – Unidade Básica - Reabilitação, prevenção de deficiências secundarias orientação familiar-Serviços Habilitados em apenas um tipo, de Reabilitação sem concessão (Física ou ostomia ou auditiva ou intelectual ou visual). - Reabilitação, prevenção de deficiências secundárias e orientação familiar – Núcleos de reabilitação física - Atendimento especializado odontológico – CEO
Microrregional	Diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva em II tipos de deficiência – CER II
Regional	Diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva em II tipos de deficiência – CER II
Macroregional	- Acesso a urgência e Emergência odontológica com atendimento sob sedação ou anestesia geral; - Avaliação clínica, reabilitação funcional, atendimento Cirúrgico nas diversas especialidades, serviços auxiliares de diagnóstico e terapia- Leitos de reabilitação hospitalar; - Diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva em três tipos de deficiências – CER III
Estadual	Diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva em quatro tipos de deficiências – CER IV

Fonte: Resolução CIB/PE nº 2189/2013.

O monitoramento das políticas de Saúde, tem sido insuficiente para perceber as mudanças qualitativas nos serviços requeridas pelas mudanças nos desenhos organizacionais da assistência, idealizado pelo SUS. Alguns autores sugerem a necessidade da elaboração de abordagens avaliativas, conceitos, instrumentos e

indicadores que possam perceber essas mudanças e instrumentalizá-las (HARTZ, 2000).

A utilização da avaliação, tem sido reconhecida nacionalmente e internacionalmente, sendo considerada de grande importância, devendo-se estimular uma cultura avaliativa constante, destinada ao monitoramento da qualidade dos serviços prestados, planejamento das ações e melhoria dos desafios enfrentados; o que ainda é pouco realizado e publicado, por meio de pesquisas que envolvam às Redes de Atenção no Brasil (AKERMAN; FURTADO, 2016).

Nessa perspetiva, os estudos de avaliabilidade com Wholey (1977, 1987) são os principais precursores. Esses estudos, também denominados pré-avaliação, buscam identificar se as intervenções e programas tinham objetivos mensuráveis e se a estrutura que fazia parte do contexto permitia a execução das atividades de forma a alcançar /os objetivos pretendidos (WHOLEY, 1987). O estudo de avaliabilidade é uma avaliação sistemática e preliminar de um programa, em sua prática e teoria, com a finalidade de determinar se há justificativa para avaliação de um determinado programa, assim como identificar áreas críticas a serem priorizadas na avaliação (ROSSI; LIPSEY; FREEMAN, 2003).

Estudos de avaliabilidade (EA) constituem um conjunto de procedimentos que antecedem a etapa da avaliação, para que esta seja desenvolvida com maior facilidade, maximizando seus potenciais e favorecendo também a racionalização de recursos, frequentemente escassos para o processo avaliativo. A prática avaliativa resulta, portanto do posicionamento do avaliador e da avaliação a respeito da questão da programação da intervenção; a construção do conhecimento avaliativo; construção dos valores e da elaboração do julgamento; e finalmente a utilização dos resultados da avaliação (SHADISH; COOL; LEVITON, 2010).

A importância de um estudo desta natureza, em determinadas situações, não é reconhecida por não demonstrar com clareza a metodologia adotada, além da necessidade por resultados, que faz com que os avaliadores partam direto para a realização da avaliação de forma intensa, deixando de lado as etapas preliminares que são também importantes (SMITH; THURSTON; RAMALIU, 2005).

Para Leviton *et al*. (2010), esses estudos são recomendados para delimitar os objetivos das intervenções e sugerir que áreas específicas devem ser priorizadas em uma possível avaliação. Configuram-se, ainda, como fonte de informações necessárias para o processo de tomada de decisão (TREVISAN; HUANG, 2003),

identificando as expectativas e necessidades dos gestores do programa e o contexto em que elas estão inseridas (WHOLEY, 2010).

A RPCD, apesar de ser considerada uma política recém implantada, aponta necessidade de avaliações quanto a sua implantação e funcionamento, com o intuito de aprofundar e compreender a estrutura, analisar o acesso da população aos pontos de atenção, possibilitando a construção de estratégias para a reorganização e adequado funcionamento da Rede.

O Estudo de Avaliabilidade pode ser usado nesses pontos do desenvolvimento e implementação da rede, no entanto, pode ser aplicado em distintos estágios do ciclo de intervenção, antes, durante ou após e tem por objetivo ajustar o desenho da intervenção para o que se pretende alcançar; conscientizar sobre o contexto institucional e apoiar uma avaliação adequada; e disponibilizando informações a serem utilizadas na avaliação (PEERSMAN; GUIJT; PASANEN, 2015).

Estudos de avaliabilidade desenvolvidos por Wholey (2010), verificaram os objetivos, a dimensão que eles ocupam, o conhecimento por parte dos gestores e pessoas que fazem parte do programa ou intervenção, também identificaram questões relacionadas a recursos e como gestores utilizavam os resultados das avaliações, além de considerar o contexto no qual os programas estavam inseridos.

Thurston e Ramaliu (2005) divulgam uma proposta de pré-avaliação para as intervenções ou programas com o auxílio dos seguintes passos:

1) Delimitação do programa e identificação de suas metas, objetivos e atividades;
2) Identificação e análise dos documentos da intervenção a ser avaliada;
3) Construção do modelo lógico do programa (MLP);
4) Supervisão do programa, ou entendimento preliminar de como o programa opera;
5) Desenvolvimento de um modelo Teórico de Avaliação (MTL);
6) Identificação dos usuários e envolvidos na avaliação, e;
7) Definição de procedimento de avaliação.

Ressalta-se que os achados de um EA poderão compor a avaliação de uma intervenção, considerando a existência de recursos para avaliação durante a execução do programa (THURSTON; RAMALIU, 2005).

Leviton *et al*. (1998) propõem quatro etapas para apreciar a avaliabilidade de um programa, tais como:

1) Análise documental e entrevista com especialistas;
2) Elaboração do modelo lógico e apreciação do mesmo pelas partes interessadas;
3) Comparação da realidade do programa com o modelo proposto com participação dos interessados;
4) Elaboração de recomendações, que inclui a identificação de áreas críticas e componentes que podem ou devem ser avaliados, além de questões avaliativas úteis a tomada de decisão do programa.

Considerando os escaços recursos, principalmente para avaliação, estudos de avaliabilidade provavelmente apontarão o que pode ser priorizado em situações de avaliação.

3 MÉTODO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de avaliabilidade, com abordagem qualitativa. O estudo de avaliabilidade propõe-se realizar uma pré-avaliação, configurando-se como uma etapa recomendada pela literatura que se caracteriza como passo inicial e importante para a avaliação de programas, o que aumenta a probabilidade de proporcionar avaliações em tempo oportuno, sendo uma etapa interessante para tomada de decisões quanto as ações dos programas (SAMICO *et al*., 2010).

Leviton (2010) propõe que para um estudo de avaliabilidade, o passo inicial seja o envolvimento de usuários da avaliação e o comprometimento com o estudo, definindo escopo e objetivos da pesquisa**.** Este autor considera que um estudo de avaliabilidade é um processo cíclico e dinâmico que consiste em:

a) esclarecimentos sobre os objetivos e metas do programa;
b) desenvolvimento e pactuação do modelo lógico com os interessados;
c) análise e comparação entre a realidade do programa e o modelo lógico;
d) elaboração de recomendações ou perguntas avaliativas.

3.2 LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no estado de Pernambuco, no período de setembro de 2021 a agosto de 2022. O estado de Pernambuco possui 184 municípios e o distrito estadual de Fernando de Noronha. Há 12 Regiões de Saúde distribuídas por 4 Macrorregiões no estado (PDR, 2019). Os componentes e respectiva configuração da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Pernambuco são apresentados no Quadro 2, a seguir (PDR, 2011).

Quadro 2 – Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Pernambuco

Macrorregião	Região de Saúde	Tipo de Serviço	Unidade	Especialidade	Situação
I	I	CER II	Lessa de Andrade/ Recife	Física e intelectual	Habilitado
	I	CER IV	Fundação Altino Ventura/ Recife	Física, intelectual, auditiva e visual	Habilitado
	I	CER IV	IMIP/Recife	Física, intelectual, auditiva e visual	Habilitado
	I	Oficina Ortopédica	AACD/Recife		Habilitado
	I	CER II	Jaboatão dos Guararapes	Física e auditiva	Aguardando respostas
	I	CER II	Ipojuca	Física e intelectual	Habilitado
	II	CER II	Limoeiro	Física e Intelectual	Habilitado. Aguardando ajuste para solicitação de habilitação em CER III
	III	CER III	Palmares	Física, intelectual e visual	Aguardando ação
II	XII	CER III	Goiana	Física, auditiva e visual	Aguardando ação
	IV	CER III	Caruaru	Física, intelectual e auditiva	Aguardando ação
	IV	CER IV	Caruaru	Física, intelectual, auditiva e visual	Aguardando ação
	IV	CER II	Gravatá	Física e intelectual	Aguardando habilitação
	IV	CER II	Pesqueira	Auditiva e Intelectual	Aguardando habilitação
	V	CER III	Garanhuns	Intelectual, auditiva e visual	Aguardando ação
III	VI	CER IV	Arco Verde	Física, intelectual, auditiva e visual	Habilitado
	VI	Oficina Ortopédica	Afogados da Ingazeira		Aguardando habilitação
	X	CER III	Afogados da Ingazeira	Física, intelectual e visual	Em fase final de construção
	XI	CER III	Serra Talhada	Física, intelectual e auditiva	Aguardando ação
IV	VIII	CER III	Petrolina	Física, intelectual e auditiva	Aguardando ação
	VIII	CER IV	Petrolina	Física, intelectual, auditiva e visual	Aguardando ação
	IX	CER III	Ouricuri	Intelectual, auditiva e visual	Em construção

Fonte: CASPD/DPE/SEAS/SES-PE, 05/04/2022.

3.3 POPULAÇÕES DO ESTUDO

Os participantes da pesquisa foram um total de 11, sendo três informantes-chave e oito especialistas que contribuíram para a validação do modelo lógico (Quadro 3).

Quadro 3 – Identificação dos informantes-chave e especialistas

Informantes-chave		
Informante-chave	**Função/vínculo**	**Atribuição institucional**
Informante 1	Coordenação Geral CASPD/PE	Coordenação Geral da Política de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência
Informante 2	Supervisor CASPD/PE	Referência Técnica, para articulação e desenvolvimento de ações da Política
Informante 3	Apoio Técnico CASPD/PE	Colaborador da Rede de Atenção à Saúde, área de coordenação das atividades da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência
Especialistas		
Especialistas	**Função/vínculo**	**Atribuição institucional**
Especialista 1	Fonoaudióloga/NASF-AB	Profissional que realiza ações de promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação), no âmbito da Atenção Básica
Especialista 2	Fisioterapeuta/Docente/ UFPE	Profissional com experiência pratica no NASF
Especialista 3	Docente/UFPE	Profissional com experiência prática na Atenção Especializada (Saúde Auditiva)
Especialista 4	Fonoaudióloga/NASF-AB	Profissional que realiza ações de promoção da saúde, prevenção, avaliação e diagnóstico, orientação, terapia (habilitação e reabilitação) na Atenção Básica
Especialista 5	Fonoaudióloga/Analista em Saúde/SES-PE	Profissional que atua na gestão da Rede de Cuidado à Pessoas com Deficiência
Especialista 6	Psicóloga/ Gestora em Saúde/SES-PE	Profissional que atua na Gestão da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
Especialista 7	Fonoaudióloga/IMIP	Profissional com experiência prática na Atenção básica e especializada (Reabilitação física)
Especialista 8	Fonoaudióloga/UFPE	Profissional com experiência prática na Atenção Especializada e Gestão da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Fonte: A autora (2022).

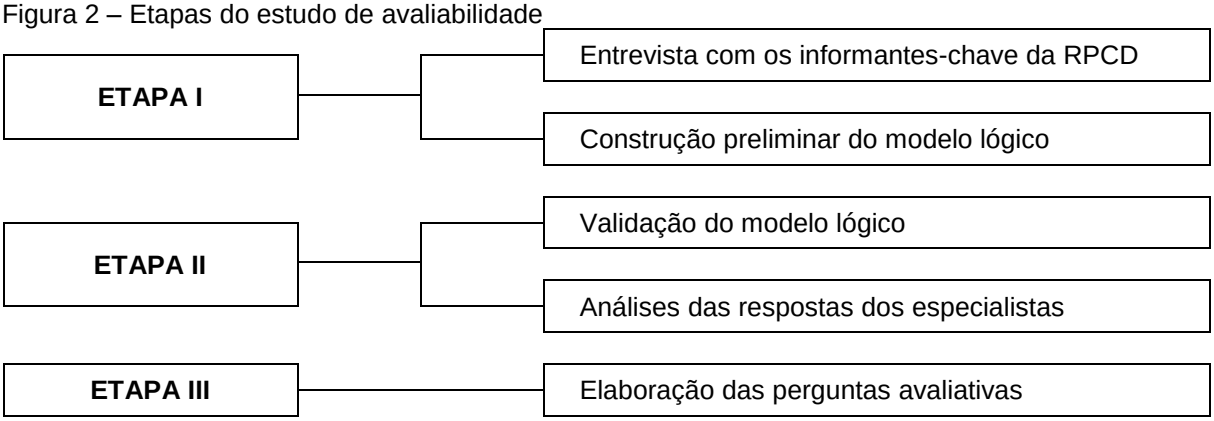
Para a elaboração e validação do modelo lógico, foram realizados 12 convites a especialistas, prevendo contemplar todos os componentes de atenção a Saúde que contitue a RPCD, devendo possuir o título mínimo de especialista, atuação e experiência na RCPD, seja na gestão ou na assistência. Nesse momento não foi considerado representação por nível de atenção ou categoria profissional. A consulta aos especialistas é recomendada por Lima e Silva (2008), com o intuito de tornar o processo de validação do modelo lógico minucioso. Ao final, oito especialistas confirmaram o interesse e foram incluídos.

Os especialistas foram selecionados através da técnica *snowboll* ou “bola de neve”, onde a pesquisadora realizou o recrutamento por meio de indicações dos profissionais da coordenação da RPCD (ALBUQUERQUE, 2009).

3.4 MÉTODOS DE COLETA DE DADOS

As etapas adotadas no estudo de avaliabilidade constam na Figura 2.

Figura 2 – Etapas do estudo de avaliabilidade



Fonte: A autora (2022).

3.5 ANÁLISE DOCUMENTAL E ENTREVISTAS (PRIMEIRA ETAPA)

Os documentos analisados consistem em documentos relacionados a Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência, foram selecionados de acordo com a:

1) **Relevância para o tema da pesquisa**;
2) **Confiabilidade**, por ser documentos oficiais elaborados pelo governo federal;
3) **Tempo de publicação**, considerando os documentos com datas relacionados aos marcos importantes para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e os mais recentes entre 2011-2020, principalmente os documentos de planejamentos.

Os documentos de domínio público relacionados às pessoas com deficiência, foram obtidos através de pesquisa realizada via internet, utilizando como busca o termo “Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência”. Considerou-se para análise, a Lei Brasileira de Inclusão de 2015, Consolidação de nº 03 do Ministério da Saúde, as CIBs divulgadas com assuntos referente a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e documentos de planejamento e execução das ações de serviços da SES-PE, que foram obtidos por meio da disponibilização da equipe de coordenação da Saúde da Pessoa com Deficiência. A partir destes documentos oficiais foram realizadas a análise documental e o desenho preliminar do modelo lógico.

Para a entrevista com os informantes-chave, foi realizado um primeiro contato na SES-PE, com a equipe de coordenação da RPCD. No momento foi apresentado os objetivos da pesquisa, e em seguida agendado dia e horário conforme disponibilidade da equipe para realização da entrevista. Inicialmente foi solicitado assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A) a todos os participantes. Utilizou-se um questionário semiestruturado (Apêndice B), com perguntas relacionadas ao conhecimento sobre os objetivos e as ações desenvolvidas, o contexto social, político, organizacional e de como se deu o processo de implantação da RPCD no estado, e como permeiam as ações e serviços para população com deficiência, como se dá a lógica da RPCD, a importância e avaliação da Rede. Essas entrevistas aconteceram durante os meses de abril e maio de 2022, sendo previamente agendadas com os envolvidos, e realizadas na SES-PE.

Duas informantes-chave responderam juntas a entrevista e outra em momento distinto, as entrevistas foram gravadas e transcritas na sequência.

3.6 DESENVOLVIMENTO DO MODELO LÓGICO E VALIDAÇÃO COM OS ESPECIALISTAS (SEGUNDA E TERCEIRA ETAPA)

Foi desenvolvido o modelo lógico com a intenção de descrever de forma clara e coerente os elemetos que compõe a RPCD, baseada nos documentos disponíveis sobre a RCPD (Apêndice C). O primeiro contato com os especialistas foi feito por via telefônica, para realizar o convite aos que foram indicados mediante a técnica *snow boll*, após a manifestação de interesse, foi enviado por *e-mail* o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) para a assinatura.

Para que os especialistas avaliassem a importância e a relevância das atividades desenvolvidas na rede, a técnica foi executada em dois momentos. No primeiro momento, foi enviado aos especialistas selecionados, um *e-mail* explicando os objetivos da pesquisa, com o desenho do modelo lógico preliminar, as legislações (LBI e Consolidação nº 03 do ministério da Saúde e a resolução nº CIB/PE 2189/2013), o *link* do Google Forms com o questionário e explicação quanto as etapas da validação. Todos os especialistas receberam orientações quanto ao prazo de resposta dos questionários, devendo ser realizado com o prazo mínimo de 15 (quinze) dias.

No segundo momento, os especialistas julgaram de acordo com compreensão e conhecimento da RPCD, as atividades quanto a importância, ou seja, indicar aquelas atividades consideradas importantes para a oferta de cuidado da RPCD. Na sequência foi solicitado que os especialistas avaliassem a relevância das atividades, ou seja, quanto relevante se configura cada atividade para avaliar a RPCD. Assim, para registrar as importâncias foram orientados a indicar as atividades consideraradas, e quanto a relevância, foram orientados a dar uma nota para cada atividade, variando de 0 a 3 (0 nada relevante, 1 pouco relevante, 2 relevante e 3 muito relevante).

A análise foi realizada através da técnica de consenso, conhecida por grupo nominal, sendo adaptada através do questionário do Google Forms, a fim de chegar à conclusão de uma lógica consistente da RPCD, propondo um resultado que seja comum a todos os especialistas (JOPPERT; SILVA, 2012).

Ao final, foram levantadas frequências simples e calculadas médias, para aferir a importância atribuída para verificar o grau de consenso entre as opiniões dos especialistas sobre as atividades apresentadas.

As atividades foram analisadas quanto a importância atribuída pelos especialistas, valendo-se da seguinte classificação: média aritmética e valor absoluto das porcentagens, obtidas mediante cálculo de pontuação o qual considerou a pontuação 25, equivalente a 100% das respostas. Para avaliação da relevância foram estabelecidas médias aritmeticas dos valoes indicados.

3.7 DEFINIÇÃO DAS PERGUNTAS AVALIATIVAS

De acordo com a análise documental, entrevista aos informantes-chave, e as respostas dos especialistas, para fins de futuras avaliações, foram elaboradas perguntas avaliativas agrupadas em categorias.

3.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com o número de CAAE: 38329220.0.00005208, e número do parecer 4.435.152, de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12. Todos os participantes, após serem

esclarecidos sobre a pesquisa, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4 RESULTADOS

Os resultados da pesquisa serão apresentados em formato de artigo original, a ser submetido à revista CoDas.

4.1 ARTIGO – REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA EM PERNAMBUCO: UM ESTUDO DE AVALIABILIDADE

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas registra-se avanços importantes para a Saúde da Pessoa com Deficiência no Brasil, um desses avanços foram as ações da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva-PNASA (Portaria nº 2.073/2004), previa ações específicas na atenção básica, média e alta complexidade, garantindo não só o diagnóstico e a reabilitação auditiva, mas a promoção e proteção, bem como a terapia fonoaudiológica de crianças e adultos (BEVILACQUA *et al*., 2011). Apesar da sua importância, reforçou a lógica de assistência por tipo de deficiência.

Em 2011, o Decreto nº 7.612, lançou o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, “Viver sem Limite”, trouxe outra lógica de funcionamento para o cuidado em saúde as pessoas com deficiência (BRASIL, 2011). O plano revoga as políticas até então vigentes, e traz como objetivo promover a cidadania e o fortalecimento da participação da pessoa com deficiência na sociedade, promovendo sua autonomia, eliminando barreiras e permitindo o acesso e igualdade, aos bens e serviços disponíveis a toda a população (BRASIL, 2011).

As ações, na atenção especializada, passam a ser realizadas pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER), que fazem avaliação, diagnóstico, orientações, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde no território. São classificados em CER II, III ou IV, de acordo com o número de modalidades de reabilitação atendidas, sendo o CER I permitido apenas no caso de antigos serviços previamente credenciados para o atendimento de uma única deficiência (MENDES; VIEIRA, 2014).

A ideia do funcionamento em redes de saúde, se refere à articulação da política com toda a linha de cuidado, desde atenção básica, passando pela rede

especializada, odontológica, materno-infantil, até a atenção hospitalar e de urgência/emergência, sendo estabelecidas ações para cada nível de atenção. (BRASIL, 2012).

Embora a RPCD tenha sido bem recebida pelos movimentos sociais liderados pelas Pessoas com Deficiência, pelos estados e municípios brasileiros, o desenvolvimento, implantação, aprimoramento e fortalecimento precisam ser avaliados e debatidos mais amplamente, contribuindo para qualificação da Rede e formação de profissionais, ao mesmo tempo, ativado a necessária interlocução da Rede (BRASIL, 2013).

Muito embora a avaliação dos serviços e programas de saúde tenha um acúmulo considerável na literatura, a avaliação das Redes e Saúde se apresentam como temas recentes, e as avaliações geralmente se concentram em níveis de políticas, programas, serviços ou intervenções (SILVA, 2010). Dada sua definição e complexidade de implantação e funcionamento, existe um grande desafio para avaliação das Redes temáticas de Saúde (AMARAL; BOSI, 2017). Os pontos de atenção da RPCD são considerados frágeis, pouco articulados e descontinuados, tendo as ações e serviços com maior concentração na Rede especializada, mesmo a atenção básica sendo considerada uma fácil porta de entrada para o acesso ao cuidado, por estar próxima da população (GIRONDI; SANTOS, 2011).

A avaliação em Saúde, na maioria das vezes está concentrada na fase de implementação, na verificação do grau e contexto de uma política ou programa (TANAKA, 2017). Em algumas situações é necessário fazer uma pré-avaliação para verificar a possibilidade de submeter determinada intervenção a uma avaliação. De acordo com Thurston e Potvin (2003), os estudos de avaliabilidade contribuem para avaliação de programa de uma forma geral, e recomendam que sejam programas que visam mudanças sociais.

Em Pernambuco, a Comissão Intergestores Bipartite CIB/PE através da Resolução nº 2189/2013, aprovou a modelagem para a Rede no estado, e instituiu um grupo condutor para sua implantação. Passados nove anos, o funcionamento dos pontos de atenção da RPCD ainda é pouco articulado e com pequenos avanços em relação a sua implantação (BRASIL, 2013).

Considerando a importância da RCPD e os pouco registros sobre essa implantação no estado de Pernambuco, torna-se oportuno um estudo de

avaliabilidade da RPCD. Mediante o exposto, este estudo teve por objetivo realizar um estudo de avaliabilidade da RPCD em Pernambuco.

MÉTODOS

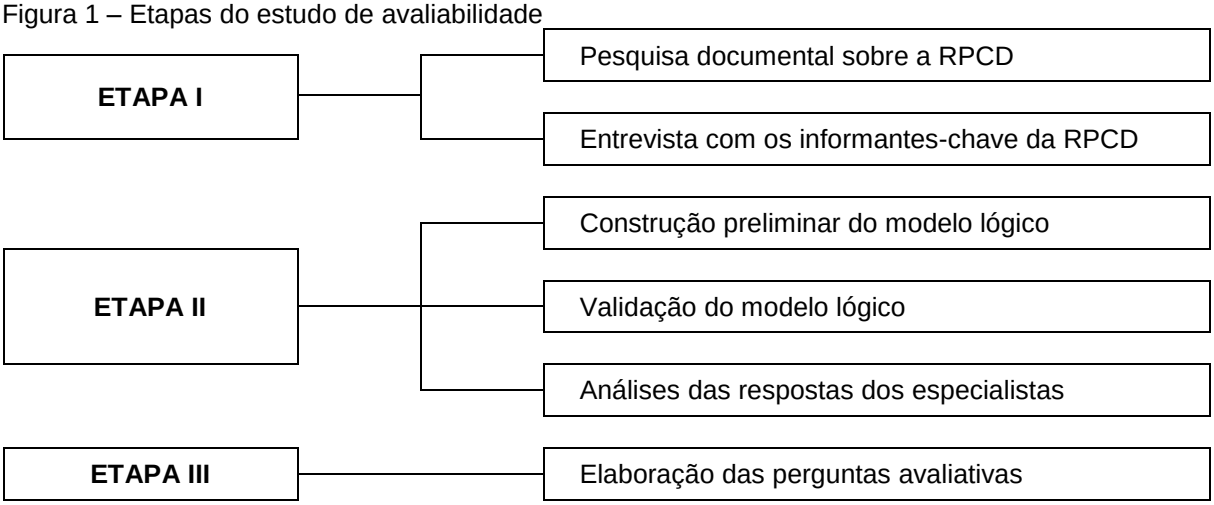
A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com o número do CAAE: 8329220.0.0000.5208 e protocolo nº 4.435.152. Todos os participantes, após serem esclarecidos sobre a pesquisa, assinaram o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O estado de Pernambuco possui 185 municípios, 12 Regiões de Saúde distribuídas por 4 Macrorregiões no estado (PDR, 2019). A Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência no Estado conta com os serviços nos quatro tipos de CER, com Unidades especializadas e habilitadas, distribuídas nas Regiões de Saúde, além de consenção de órteses de próteses. Participaram da Pesquisa três informantes-chave, profissionais da Secretaria Estadual de Pernambuco, sendo essas pessoas responsáveis pela coordenação de Saúde da Pessoa com Deficiência, estas participaram da entrevista, e oito especialistas que participaram da validação do modelo lógico sendo selecionadas mediante técnica snowball, totalizando 11 participantes.

Trata-se de um estudo de avaliabilidade, o qual propõe-se realizar uma pré-avaliação, etapa recomendada pela literatura como passo inicial para a avaliação de programas, o que aumenta a probabilidade de proporcionar avaliações em tempo oportuno, sendo um passo interessante para tomada de decisões quanto as ações dos programas (SAMICO *et al*., 2010).

Para a realização desta pesquisa utilizou-se as etapas do estudo de avaliabilidade (Figura 1), adaptadas de acordo com Leviton (2010) sendo elas: Etapa I, pesquisa documental sobre a RPCD e entrevista aos informantes-chave; etapa II, construção preliminar do modelo lógico (ML), convite aos especialistas para a validação do modelo e análise das respostas dos especialistas; e etapa III, elaboração das perguntas avaliativas (LEVITON, 2010).

Figura 1 – Etapas do estudo de avaliabilidade



Fonte: A autora (2022).

Para a análise documental, foi realizado uma busca ampla de documentos relacionados a RPCD na SES-PE, nessa busca foram encontrados documentos de domínio público, obtidos através de pesquisas realizadas via internet, utilizando como busca o termo “Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência”, essa análise foi realizada com o objetivo de conhecer o funcionamento da Rede e elaborar o desenho preliminar do modelo lógico.

Nos meses de abril e maio de 2022, articulou-se o contato inicial com a Coordenação de Saúde da Pessoa com Deficiência na SES-PE, no momento foi realizado uma reunião com a equipe de coordenação da RPCD, apresentando os objetivos da pesquisa, e em seguida agendado conforme disponibilidade da equipe de coordenadores, a realização das entrevistas, sendo realizada pela pesquisadora.

Foram entrevistados 03 informantes-chave, sendo: uma gestora da Política de Cuidado à Saúde da Pessoa com Deficiência no Estado, duas analistas em Saúde que fazem parte da coordenação RPCD, duas informantes-chave responderam juntas a entrevista e outra em momento distinto. A entrevista teve duração média de 40 minutos e foram registradas por meio de gravação em meio digital e transcritas integralmente pela pesquisadora.

Para a validação do ML preliminar foram enviados 12 convites a especialistas, desses, apenas oito aceitaram o convite e validaram o modelo lógico, todos com título mínimo de especialista, interesse e atuação na RCPD, seja na gestão ou na assistência. Essa consulta aos especialistas é recomendada por Lima e Silva (2008), com o intuito de tornar o processo de validação do modelo lógico mais minucioso. Ao final, oito especialistas confirmaram o interesse e foram incluídos.

Os especialistas foram selecionados através da técnica *snowboll* ou “bola de neve”, onde a pesquisadora realizou o recrutamento dos especialistas por meio de indicações dos profissionais da coordenação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência.

Foi desenvolvido o ML preliminar com a intenção de descrever de forma clara e coerente o funcionamento da RPCD, baseada nos documentos disponíveis sobre a RCPD (SAMICO *et al*., 2010) (Apêndice C). O primeiro contato com os especialistas foi feito por telefone, para aqueles que manifestaram interesse em participar, foi enviado por e-mail o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D) para a aplicação virtual do questionário.

Para avaliar a importância e a relevância das atividades desenvolvidas na Rede, a técnica foi executada em dois momentos. No primeiro momento, foi enviado para os especialistas selecionados, um e-mail explicando os objetivos da pesquisa, com o desenho do modelo lógico preliminar, as legislações (LBI, Consolidação nº 03 do ministério da Saúde e a Resolução nº CIB/PE 2189/2013), o link do Google Forms e explicação quanto as etapas da validação.

Os especialistas deveriam escolher de acordo com sua compreensão e conhecimento do funcionamento da Rede, as atividades quanto a importância, ou seja, aquelas que podem contribuir com a oferta de cuidado na RPCD. Na sequência foi solicitado que os especialistas avaliassem a relevância das atividades, ou seja, quanto significativa seria cada atividade para avaliar o funcionamento da Rede. Assim, foram orientados a dar uma nota para cada atividade, variando de 0 a 3 (0 nada relevante, 1 pouco relevante, 2 relevante e 3 muito relevante). Além disso, quando as atividades não fossem coerentes, ou se houvesse necessidade de acrescentar alguma atividade que não estivesse descrita no modelo, os mesmos poderiam sugerir novas atividades.

A análise foi realizada através da técnica de consenso, conhecida por grupo nominal, sendo adaptada através do questionário do Google Forms, a fim de chegar à conclusão de uma lógica consistente da RPCD, propondo um resultado que seja comum a todos os especialistas, estes são profissionais que possuem experiência direta com a rede.

Ao final, foram calculadas médias, para aferir a relevância atribuída pelos especialistas sobre as atividades apresentadas. Para avaliação da importância das atividades foi calculado o percentual de especialistas que indicaram as atividades

para compor a rede. Para avaliação da relevância foram estabelecidas médias aritmeticas dos valores indicados.

De acordo com as análises documental, a entrevista aos informantes-chave, e as respostas dos especialistas, para fins de futuras avaliações, foram elaboradas perguntas avaliativas agrupadas em categorias.

RESULTADOS

Análise documental

Na análise documental, foram explorados diferentes tipos de documentos, sendo eles: decreto, Lei, portarias e documentos de planejamento da gestão, ao final considerados principalmente os que constam no Quadro 1.

Quadro 1 – Principais documentos utilizados na análise documental

(continua)

Ano	Marco legal	Título	Objetivos	Nível	Informações extraídas
2011	Decreto n. 7.612/2011	Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite.	Promover o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.	Federal	Objetivos e os impactos que constam no ML.
2012	Portaria MS/GM n. 793/2012	Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.	Criar, ampliar e articular os pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência possui como objetivos a ampliação do acesso e qualificação do atendimento às pessoas com deficiência; a promoção de vinculação das pessoas com deficiência e suas famílias aos pontos de atenção; e a garantia da articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.	Federal	Atividades das subdimensões do ML, assim como a elaboração de resultados do ML.

Quadro 1 – Principais documentos utilizados na análise documental

(continuação)

Ano	Marco legal	Título	Objetivos	Nível	Informações extraídas
2013	CIB 2189	Altera a resolução CIB/PE Nº 1992, de 18 de junho 2012 que aprova diretrizes para modelagem da Rede de Cuidados da pessoa com Deficiência e institui o grupo condutor para sua implantação.	Diretrizes para modelagem da Rede, do artigo 1º da Resolução CIB/PE nº 1992, de 18 de juno de 2012, publicada no diário oficial de Pernambuco, de 14 de julho de 2012.	Estadual	Construção do ML e conhecimento sobre a modelagem da RPCD.
2015	Lei n. 13.146/2015	Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).	Assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.	Federal	Atividades e nos impactos do ML
2017	Consolidação nº 03	O Ministério da Saúde que pontua as normas sobre as redes do Sistema único de Saúde.	Esse documento estabelece os fundamentos conceituais e operativos essenciais ao processo de organização da RAS, entendendo que o seu aprofundamento constituirá uma série de temas técnicos e organizacionais a serem desenvolvidos, em função da agenda de prioridades e da sua modelagem.	Estadual	Dimensões do ML e das perguntas avaliativas.
2021	PAS (Programação Anual de Saúde)	A Programação Anual de Saúde (PAS) é, por definição, o instrumento que operacionaliza as intenções expressas no Plano de Saúde a cada ano de sua vigência, possuindo como base legal para sua elaboração as normas do Ministério da Saúde, a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) do respectivo exercício.	O instrumento apresenta as Diretrizes e os Objetivos do Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023 e suas respectivas ações e metas propostas para o ano de 2022.	Estadual	Atividades que compõe as subdimensões e ações da Rede.

Quadro 1 – Principais documentos utilizados na análise documental

(conclusão)

Ano	Marco legal	Título	Objetivos	Nível	Informações extraídas
2019/ 2020/ 2021	RAG (Relatório Anual de Gestão)	O RAG é um instrumento básico de planejamento que apresenta os resultados alcançados com a execução da Programação Anual de Saúde (PAS), de acordo com o conjunto de Diretrizes, Objetivos, Metas, Indicadores (DOMI) e Recursos orçamentários e financeiros destas, orientando os eventuais ajustes no Plano de Saúde (PS)	Refere-se à execução de metas da Programação Anual de Saúde 2021 contida no Plano Estadual de Saúde (PES) 2020-2023, dando continuidade, ao ciclo de quatro anos de vigência deste Plano e seu acompanhamento	Estadual	Atividades que compõe as subdimensões e as ações da Rede nos últimos anos.

Fonte: A autora (2022).

Os documentos relacionados a RPCD, corroboraram para a extração de informações importantes quanto ao funcionamento, processo de implantação, modelagem e diretrizes da RPCD, que contribuíram na elaboração do modelo lógico preliminar, como fonte norteadora para os especialistas na validação do modelo, e auxiliou na construção das perguntas avaliativas.

Dentre os documentos disponibilizados pela coordenação da Pessoa com Deficiência do Estado de Pernambuco, a Resolução CIB/Nº 2189, descreve a modelagem para a implantação da RPCD, com ações de intervenções para abrangência municipal, microrregional, regional, macrorregional e estadual. A partir desse documento foi possível realizar uma comparação com as ações e funcionamento previsto desde 2019, com a realidade da RPCD atualmente, além de ter sido fundamental para a compreensão da rede. Dessa forma, foi possível identificar que boa parte das metas não foram atingidas (Quadro 2).

Quadro 2 – Redes de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Pernambuco no que diz respeito ao cumprimento de metas nos relatórios de gestão

(continua)

Ano	Metas anuais descritas no relatório anual de gestão da Coordenação da Pessoa com deficiência	Situação atual	Resultado	Justificativa dos resultados obtidos
2019	Realizar Encontro Macrorregional de Saúde da Pessoa com Deficiência	Não executada	00	Não houve recursos para realização dos Encontros

Quadro 2 – Redes de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Pernambuco no que diz respeito ao cumprimento de metas nos relatórios de gestão

(conclusão)

Ano	Metas anuais descritas no relatório anual de gestão da Coordenação da Pessoa com deficiência	Situação atual	Resultado	Justificativa dos resultados obtidos
2019	Realizar Encontro em cada região de Saúdel com gestores da Atenção Primária sobre as atribuições na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência	Executada	12	Encontro Realizado em reunião colegiada com Gestores de Atenção primária.
	Realizar Oficina Regional de Prevenção à Causas e Agravos de Deficiências	Não executada	00	Quadro técnico insuficiente. Meta reprogramada para 2020.
2020	Implantar 11 Grupos Condutores Regionais da RCPD	Executada parcialmente	03	Foram formados os grupos condutores da III, VIII e XII Regiões de Saúde
	Implantar 01 Unidade Concessora	Não executada	00	Ação reprogramada para 2021. Como a gestão da Unidade é municipal, cabe a SMS a solicitação de habilitação da oficina
	Implantar 2 Centros Especializados em Reabilitação (CER)	Executada	01	O Centro Especializado em Reabilitação (CER) já está em funcionamento.
	Produzir 07 vídeos orientadores para manutenção de reabilitação	Executada	07	Foram elaborados 07 vídeos orientadores para os pais e cuidadores de usuários da Rede de Cuidados às Pessoa com Deficiência
	Qualificar 80 profissionais de reabilitação para execução de teleatendimentos	Executada	114	Ao longo do ano, 114 profissionais foram treinados no uso das plataformas para realização dos Teleatendimentos.
2021	Qualificar 400 profissionais sobre a Política de Saúde da Pessoa com Deficiência	Não executada	00	Meta reprogramada para 2022.
	Implantar 11 Grupos Condutores Regionais da RCPD	Executada parcialmente	03	Foram implantados 03 (três) Grupos Condutores da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, na III, IX e XII Regiões de Saúde,
	Implantar 01 Unidade Concessora	Não executada	00	Meta reprogramada para 2022.
	Implantar 2 Centros Especializados em Reabilitação (CER)	Não executada	00	Meta reprogramada para 2022.
	Ofertar 4500 teleatendimentos por equipe multiprofissional em reabilitação	Executada	5302	Ação de caráter contínuo, que segue sendo realizada, embora, com a flexibilização das medidas restritivas, os atendimentos presenciais venham, gradualmente, aumentando nos serviços de reabilitação da Rede.

Fonte: A autora (2022).

Nos relatórios anuais de gestão (RAG) dos anos de 2019, 2020 e 2021, estão previstas algumas metas que compõem o desenho do modelo lógico. Para o ano de 2019 e 2020 estavam descritas as seguintes atividades: “implantação dos grupos condutores nas regiões de Saúde”, “implantação de unidades concessoras e de centros especializados em reabilitação”, “qualificação de profissionais”, “descentralização da oferta de concessão de órteses e próteses”, “qualificação de profissionais sobre a Politica PCD”, “produção de vídeos de orientação para a manutenção de reabilitação” e “ofertar teleatendimentos por equipe multiprofissional em reabilitação” (Quadro 2).

Atividades semelhantes foram planejadas ou reprogramadas para o ano de 2021, sendo elas: “qualificação de profissionais”, “implantação de grupos condutores nas regiões de Saúde”, “implantação de unidade concessora e implantação de centros especializados em reabilitação” e “oferta de teleatendimentos”. Apenas as atividades de “produção de vídeos orientadores para a manutenção de reabilitação” e “oferta de teleatendimentos por equipe multiprofissional em reabilitação” no ano de 2021 e a atividade de “oferta dos teleatendimentos por equipe multiprofissional em reabilitação” em 2022, foram executadas. As demais foram realizadas parcialmente ou reprogramadas para o ano seguinte.

A implantação dos 11 grupos condutores no estado foi uma meta planejada desde 2020, não foi atingida em 2021, resultando na implantação de apenas três grupos condutores. Já as atividades de capacitações, também meta de gestão para a RPCD, foram superadas em todos os anos (Quadro 2).

A não execução das metas de Implantação dos Centros de Reabilitação (CER) e unidades concessoras, foram justificadas por adiamento do início das atividades do equipamento, como o Centro Especializado em Reabilitação III, por situações vivenciadas com a covid-19, nos últimos dois anos. Foi possível identificar uma redução e repetição das metas planejadas, resultando na reprogramação das ações para o ano seguinte. Foi utilizado como uma das justificativas para o não cumprimento dessas metas, o quadro de pessoal técnico insuficiente (Quadro 2).

Entrevista com os informantes-chave

Quanto a concepção da rede, informam que a RPCD surgiu com a necessidade de atender ao programa viver sem limites, lançado pelo governo federal

em 2011, com o objetivo de fortalecer o Cuidado da Pessoa com Deficiência. A coordenadora da RPCD de Pernambuco demonstrou conhecimentos e aproximação do processo que antecedeu a instituição da RCPD, bem como articulação com o Ministério da Saúde.

No que diz respeito aos conhecimentos normativos sobre o serviço, como objetivos, atividades e planejamentos de ações da RPCD, assim como ações voltadas para a PcD desde 2011 até os dias atuais, os informantes-chave abordaram a relevância da avaliação da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência e houve conformidade no relato das dificuldades e limitações do serviço em cumprir com os objetivo e metas que constam nos documentos de planejamento.

Os informantes-chave relataram sobre a insuficiência de profissionais para compor o quadro técnico da gestão RPCD-PE, e que há interferência no número reduzido de encontros para reuniões de articulação das ações referentes a implantação dos grupos condutores nas regiões de Saúde (Quadro 3).

Quadro 3 – Entrevista com os informantes-chave

(continua)

Entrevista com os informantes-chave	
Respaldo normativo	“[...] os documentos de planejamento (PAS, RAG e PES), da SES-PE, como disse, eles direcionam e estabelecem os caminhos, dentro dos princípios e diretrizes, as ações da Rede são pensadas, assim como através da consolidação nº03 de 2017, onde conta as diretrizes para seu funcionamento. Também nos baseamos nas resoluções de Pactuações das comissões intergestores bipartite (CIB), onde saiu o documento da de como está estabelecido o desenho, a modelagem (resolução CIB/PE Nº2189 de 2013, e esse é o que seguimos. Obviamente coisas podem acontecer, a Rede de cuidados é dinâmica, ela pode estar mudando sempre a partir das Pactuações, foi pactuado em 2013, mas em 2015, devido ao advento da síndrome congênita, alterou o desenho da Rede, que não estavam antes pactuados.” (Informante-chave 1). “[...] o documento principal para os planejamentos das ações na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é o LBI (Lei Brasileira de Inclusão), pois essa Lei embasa todas as áreas de atuação do poder público, no tocante aos e decisões do Cuidado da Pessoa com Deficiência.” (Informante-chave 2).
Implantação da RPCD	“Surgiu quando, a então presidente Dilma Rousseff, sancionou o ‘plano viver sem limites’, alocando recursos para a execução do estatuto da Pessoa com Deficiência, já era ementa desde 2009, foi dado um prazo para que lançassem as bases e construíssem as ações para que acontecesse a inclusão da Pessoa com Deficiência, foi um marco esse plano. Foram chegando minutas e portarias para colocar em ação esse plano, dentro do que cabe à saúde, sabíamos que o grande ponto era a integralidade, não tinha nada tão definido, ainda era cada um no seu quadrado, o objetivo maior era o cuidado da pessoa com deficiência. Antes existiam portarias fragmentadas para deficiências especificas, que foi consolidada na RPCD.” (Informante-chave 1).

Quadro 3 – Entrevista com os informantes-chave

(conclusão)

Entrevista com os informantes-chave	
Funcionamento da coordenação	“A dinâmica física da coordenação é todas as políticas estratégicas e programas da Rede juntos, a comunicação é muito fácil, qualquer questão que tiver podemos contar com outros gestores de outras políticas, hoje a Diretoria de Políticas Estratégicas (DPE) trabalha de nesse formato, antes cada um ficava numa sala, num prédio, era muito difícil, toda uma burocracia. E tem as reuniões de colegiado, com as GERES (Gerência de Região de Saúde) e com a DPE, isso facilita muito, temos noção do que está acontecendo com as outras políticas e podemos inserir nas ações planejadas.” (Informante-chave 1). “Se a pergunta foi relacionada a processos de trabalhos, de como se dá essa integração, isso é real. Quando vai para a questão de nossos planejamentos e ação, ou essas políticas na ação final, no atendimento a pessoa, já encontra uma outra complexidade maior, por exemplo: algumas coordenações e gerências que conseguimos realizar ações planejadas, mas realmente não dá conta de estar transversalizando as ações com todas, ainda não conseguimos esse ideal de planejamento, temos ações em saúde da criança, doenças raras, e realizamos ações com outras políticas estratégicas, principalmente por conta do autismo, pois o autismo é considerado Pessoa com Deficiência.” (Informante chave 2). “O que realizamos está de acordo com o que é regido pela SES-PE. Algo mais micro é a coordenação, depende do quantitativo de pessoas que tem essa coordenação. Hoje contamos com um quadro reduzido de profissionais na coordenação, o que é muito diferente da realidade no ano de 2012, início da Implantação da Rede no Estado.” (Informante-chave 1).

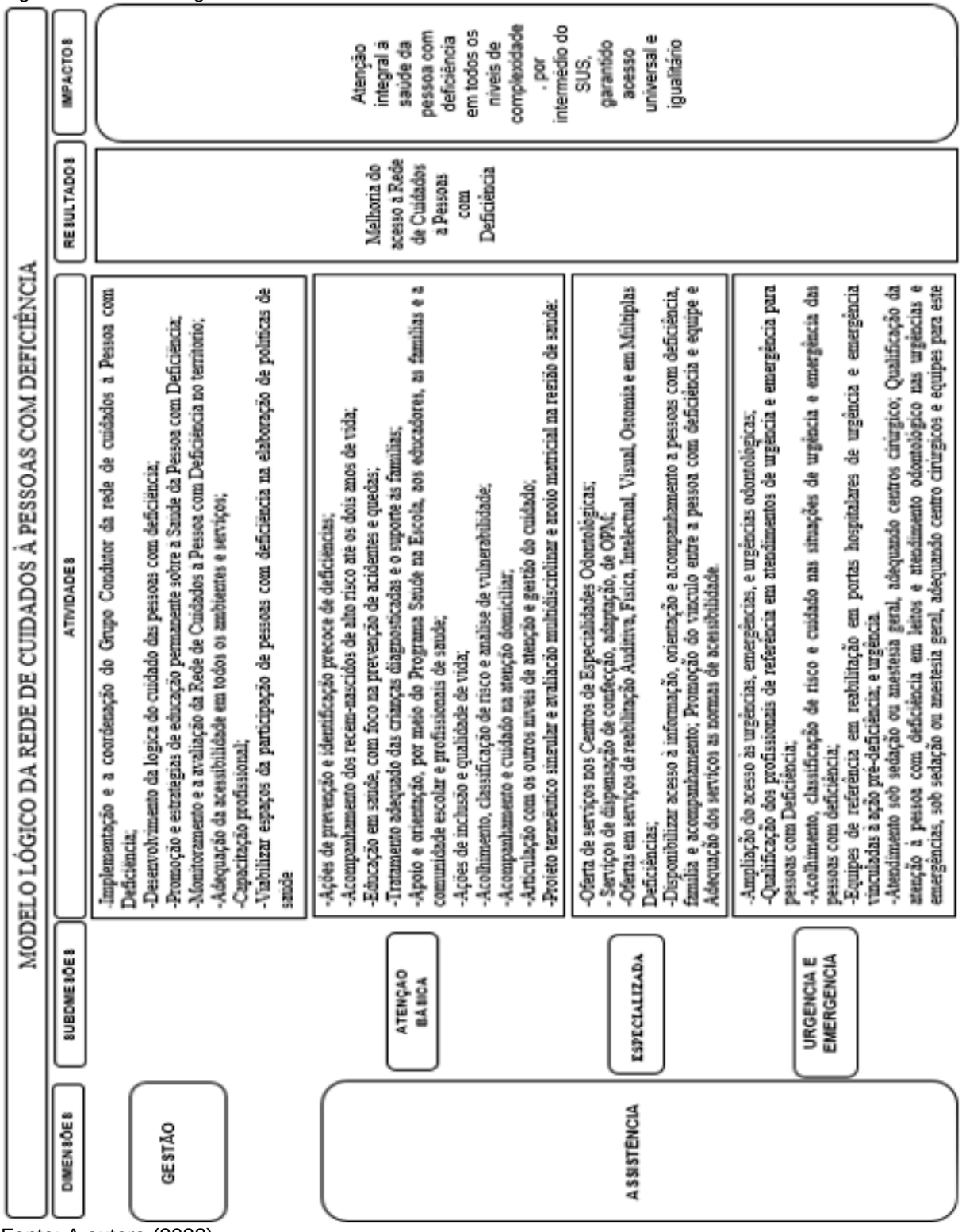
Fonte: A autora (2022).

Modelo lógico

A elaboração do ML possibilitou um amplo conhecimento sobre a RPCD e sua implantação no Estado de Pernambuco, mediante os achados na análise documental e das entrevistas aos especialistas, foram considerados as dimensões gestão e assistência, e os componentes atenção básica, atenção especializada e urgência e emergência que se configuraram como subdimensões, com suas respectivas atividades. A identificação das atividades baseou-se nos objetivos e ações descritos nos documentos analisados, que direcionaram os possíveis impactos esperados para a RPCD. A seguir a descrição de forma detalhada do modelo lógico, com suas atividades e resultados esperados, apresentado (Figura 2), onde estão detalhadas as dimensões, as atividades, impactos e resultados.

O desenho do modelo lógico foi dividido em duas dimensões (gestão e assistência), três subdimensões (Atenção Básica, Atenção Especializada e urgência e emergência), trinta e cinco atividades que representam as ações de serviços da Rede, resultados e impactos.

Figura 2 – Modelo lógico da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Pernambuco



Fonte: A autora (2022).

Validação do modelo lógico

Quanto ao perfil dos participantes desta etapa, oito especialistas responderam a validação, sendo duas especialistas em pesquisas docentes, cinco fonoaudiólogas

distribuídas nas seguintes áreas: atenção especializadas, atenção básica e gestão, além de uma gestora da RPCD com formação em Psicologia. O tempo de atuação variou de 20 anos até 05 anos de na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

De acordo com os resultados obtidos nas atividades consideradas importantes, 25 delas estavam distribuídas nas dimensões de gestão e assistência. Apenas a atividade de “prevenção de perda funcional e recuperação da função” obteve 62,5 de porcetagem, constituindo o nível de importância abaixo de 70%, na subdimensão Atenção Básica (Tabela 1).

Tabela 1 – Avaliação dos especialistas quanto à importância das atividades do modelo lógico

(continua)

Dimensão	Atividades de Gestão	%
Gestão	Implementação e coordenação do Grupo Condutor da rede de cuidados à Pessoa com Deficiência	87,5
	Desenvolvimento da lógica do cuidado das pessoas com deficiência	83,3
	Promoção e estratégias de educação permanente sobre a Saúde da Pessoa com Deficiência	100,0
	Monitoramento e a avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território	95,8
	Adequação da acessibilidade em todos os ambientes e serviços	100,0
	Capacitação profissional	91,6
	Viabilizar espaços de participação de pessoas com deficiência elaboração de políticas de saúde	91,6
Dimensão	**Atividades de Atenção Básica**	**%**
Atenção Básica	Ações de prevenção e identificação precoce de deficiências	100,0
	Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida	100,0
	Educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas	100,0
	Tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias	100,0
	Apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, as famílias e a comunidade escolar e profissionais de saúde	100,0
	Ações de inclusão e qualidade de vida	75,0
	Acolhimento, classificação de risco e análise de vulnerabilidade	87,5
	Acompanhamento e cuidado na atenção domiciliar	100,0
	Articulação com os outros níveis de atenção e gestão do cuidado	87,0
	Projeto terapêutico singular e avaliação multidisciplinar e apoio matricial na região de saúde;	87,0
	Prevenção de perda funcional e recuperação da função	62,0
Atenção Especializada	Criação de fluxos e práticas de cuidado	100,0
	Articulação com a rede SUAS, e articulação com a rede educacional	87,5
	Oferta de serviços nos Centros de Especialidades Odontológicas	87,5
	Serviços de dispensação de confecção, adaptação, de OPM	87,5
	Ofertas em serviços de reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências	100,0
	Disponibilizar acesso à informação, orientação e acompanhamento a pessoas com deficiência família e acompanhamento	87,5
	Indicação e dispensação de dispositivo assistivos	100,0
	Promoção do vínculo entre a pessoa com deficiência e equipe	100,0
	Adequação dos serviços as normas de acessibilidade	100,0
	Estabelecimento de fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua	87,5
	Pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação	100,0

Tabela 1 – Avaliação dos especialistas quanto à importância das atividades do modelo lógico
(conclusão)

Dimensão	Atividades de Atenção Básica	%
Urgência e Emergência	Ampliação do acesso às urgências, emergências, e urgências odontológicas	100,0
	Qualificação dos profissionais de referência em atendimentos de Urgência e emergência para pessoas com Deficiência	100,0
	Acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência	100,0
	Equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência; e urgência	87,5
	Atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim;	100,0
	Qualificação da atenção à pessoa com deficiência em leitos	100,0
	Atendimento odontológico nas urgências e emergências, sob sedação ou anestesia geral, adequando centro cirúrgicos e equipes para este fim	100,0

Fonte: A autora (2022).

As atividades “ações de prevenção e identificação precoce das deficiências”, “acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até dois anos de vida”, “educação em Saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas”, “tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias”, “apoio e orientação, por meio do programa Saúde na Escola, aos educadores, as famílias, a comunidade escolar e aos profissionais de Saúde”, foram avaliadas com 100% de importância para compor o desenho do ML (Tabela 1).

No componente da Atenção especializada, as atividades de “criação de fluxo e práticas do cuidado”, “oferta em serviços de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências”, “indicação e dispensação de dispositivos assistivos”, “promoção do vínculo entre pessoa com deficiência e equipe”, “adequação dos serviços e normas de acessibilidade” e “pontos de atenção do componente de atenção especializadas” obtiveram 100% para importância das atividades. As demais atividades da mesma subdimensão, alcançaram porcentagem de 87,5 %, sendo também consideradas importantes para o desenho do ML (Tabela 1).

Um ponto observado nos resultados da validação do ML, foram as atividades do componente de urgência e emergência, pois das sete atividades que compõe o desenho, seis alcançaram a porcentagem de 100%, apenas a atividade “Equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência; e urgência” pontuou 87,5% (Tabela 1).

Quanto a avaliação da relevância, não houve pontuação para a opção “nada relevante”, as atividades de “Promoção e estratégias de educação permanente à Saúde da Pessoa com Deficiência”, “Acessibilidade em todos os ambientes e

serviços", "Ações de prevenção e identificação precoce das deficiências", acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida", "Acolhimento; classificação de risco e análise de vulnerabilidade", "Ofertas em serviços de reabilitação Auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências" e "Qualificação dos profissionais de referência em atendimento de urgências e emergências para pessoas com Deficiência", foram pontuadas com o maior grau de relevância com média aritmética três.

Muito embora todas as atividades tenham sido consideradas relevantes, as atividades de "projeto terapêutico singular", assim como a "articulação com a rede SUAS e articulação com a rede educacional e equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação de pré-deficiência e urgência, alcançou a menor média dentre as demais atividades, 2,4 para grau de relevância (Tabela 2).

Tabela 2 – Avaliação dos especialistas quanto à relevância das atividades para o modelo lógico

(continua)

Subdimensões	**Atividades da RPCD**	**Grau de Relevância (média)**
Gestão	- Implementação e a coordenação do Grupo Condutor da rede de cuidados à Pessoa com Deficiência	2,6
	- Desenvolvimento da lógica do cuidado das pessoas com deficiência	2,5
	- Promoção e estratégias de educação permanente sobre à Saúde da Pessoa com Deficiência	3
	- Monitoramento e a avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no território	2,87
	- Adequação da acessibilidade em todos os ambientes e serviços	3
	- Capacitação profissional	2,75
	- Viabilizar espaços da participação de pessoas com deficiência na elaboração de políticas de saúde	2,75
Atenção Básica	Ações de prevenção e identificação precoce de deficiências;	3
	- Acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida	3
	Educação em saúde, com foco na prevenção de acidentes e quedas	2,6
	- Tratamento adequado das crianças diagnosticadas e o suporte às famílias	2,9
	- Apoio e orientação, por meio do Programa Saúde na Escola, aos educadores, as famílias e a comunidade escolar e profissionais de saúde	2,5
	- Ação de inclusão qualidade de vida	2,9
	- Acolhimento; classificação de risco e análise de vulnerabilidade	3
	- Acompanhamento e cuidado na atenção domiciliar	2,7
	- Articulação com os outros níveis de atenção	3
	Projeto terapêutico singular	2,4
	- Prevenção de perda funcional e recuperação da função	2,2
	- Criação de fluxos e práticas de cuidado	2,9
	- Articulação com a rede SUAS, e articulação com a rede educacional	2,4

Tabela 2 – Avaliação dos especialistas quanto à relevância das atividades para o modelo lógico
(conclusão)

Subdimensões	Atividades da RPCD	Grau de Relevância (média)
Atenção Especializada	- Oferta de serviços nos Centros de Especialidades Odontológicas	2,7
	- Serviços de dispensação de confecção, adaptação, de OPM	2,7
	- Ofertas em serviços de reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências	3
	- Disponibilizar acesso à informação, orientação e acompanhamento a pessoas com deficiência, família e acompanhamento	2,7
	- Indicação e dispensação de dispositivo assistivos	2,7
	- Promoção do vínculo entre a pessoa com deficiência e equipe	2,6
	- Adequação dos serviços as normas de acessibilidade	3
	- Estabelecimento de fluxos e práticas de cuidado à saúde contínua, coordenada e articulada entre os diferentes pontos de atenção da rede de cuidados às pessoas com deficiência em cada território	2,9
	- Pontos de atenção do componente de Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências	3
Urgência e Emergência	- Ampliação do acesso às urgências, emergências, e urgências Odontológicas	2,9
	- Qualificação dos profissionais de referência em atendimentos de urgência e emergência para pessoas com Deficiência	3
	- Acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência	2,7
	- Equipes de referência em reabilitação em portas hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência; e urgência	2,4
	Atendimento sob sedação ou anestesia geral, adequando centros cirúrgicos e equipes para este fim	2,7
	- Qualificação da atenção à pessoa com deficiência em leitos	3
	- Atendimento odontológico nas urgências e emergências, sob sedação ou anestesia geral, adequando centro cirúrgicos e equipes para este fim	2,75

Fonte: A autora (2022).

Ao final do formulário, foi disponibilizado um espaço para que os especialistas acrescentassem sugestões sobre o desenho do modelo lógico, os eles deixaram as seguintes sugestões:

- As ações de inclusão e qualidade de vida, podem estar em “acolhimento, classificação de risco e vulnerabilidades”
- Articulação com a rede SUAS e a educação podem estar junto com as ações do Programa de Saúde na Escola (PSE);
- Incluir a ampliação de espaços para participação das Pessoas com Deficiência;
- Incluir o Projeto terapêutico singular (PTS), na atividade “Acolhimento, classificação de risco e análise de vulnerabilidade”;
- Juntar as articulações numa única atividade;

- Alterar a atividade “Prevenção de acidentes e quedas para “Prevenção de Deficiências por causas evitáveis;
- Incluir a atividade “Diagnóstico e intervenção precoce, a atenção básica identifica”;
- No atendimento e atendimento odontológico sob sedação ou anestesia geral, incluir “se necessário”.

Embora a pesquisadora tenha considerado as sugestões dos especialistas, o modelo não retornou para nova rodada, considerando a questão do exíguo tempo para conclusão da dissertação.

Perguntas avaliativas

Considerando que as perguntas avaliativas podem ser um ponto de partida para boas avaliações, o percurso trilhado na análise documental, experiência na validação do ML, fizeram emergir questões que podem ser apresentadas como perguntas avaliativas (Quadro 4).

Quadro 4 – Elaboração das perguntas avaliativas

Perguntas Avaliativas	
Implantação da RPCD	- Qual o grau de implantação da Rede de Cuidados a Pessoas com Deficiências no Estado de Pernambuco? - É possível avaliar a rede com o modelo lógico obtido? - Quais principais barreiras e facilitadores encontrados na implantação da Rede?
Funcionamento RPCD	- Quais principais lacunas identificadas no funcionamento da Rede? - Qual a organização da lógica do cuidado? - Existe qualificação dos profissionais da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência? - As atividades são realizadas de acordo com o preconizado na modelagem da Resolução da CIB nº 2189 de 2013?
Impactos	- Quais impactos dos serviços na vida dos usuários com deficiência? - Os serviços ofertados têm contribuído com o cuidado da Pessoa com Deficiência enquanto Rede? - Em que medidas a RPCD, está contribuindo para o acesso das pessoas com deficiência nos serviços de Saúde?

Fonte: A autora (2022).

DISCUSSÃO

O estudo de avaliabilidade, teve como objetivo descrever a RPCD-PE, para isso foi necessário realizar uma ampla busca e análise documental e posteriormente foi elaborado um desenho preliminar do ML mediante o julgamento dos especialistas e elaboração das perguntas avaliativas.

Diante do vasto arcabouço legal e documentos normativos é possível inferir que a estruturação de políticas para pessoa com deficiência é vasta, no entanto, o processo de implantação e envolvimento dos distintos entes federados, parece complexa.

Nos últimos três anos, as atividades de implantação dos 11 grupos condutores no estado foi uma meta planejada desde 2020, que não foi atingida até 2021, constando a implantação de apenas 03 grupos. De acordo com Cecílio (2003), o apoio e investimento dos gestores para a efetivação das Rede de Atenção à Saúde, por meio de gestão coletiva e participativa, implica no estabelecimento de coresponsabilidade nas ações e serviços de Saúde. Os grupos condutores são responsáveis pela governança nas regiões de saúde, uma estratégia política com capacidade para solucionar os desafios da rede, fortalecendo as ações nas regiões de Saúde, para assegurar sua governança, elaborar seus planos de ação e fazer suas pactuações (RIBEIRO; TANALKA; DENIS, 2017).

A redução do quadro técnico de profissionais na gestão, foi pontuada como justificativa para a não execução das atividades, além das dificuldades em atender todas as regiões de saúde do Estado. Dessa forma, pode-se afirmar que a gestão de Saúde Pública necessita de profissionais capacitados para racionalizar as ações e serviços de saúde, avaliar relações de gastos e planejar metas que atendam as demandas da população (RIBEIRO; BEZERRA, 2015).

As atividades de capacitação para profissionais da Rede quanto aos assuntos relacionados a PcD, foram superadas nos últimos três anos. De acordo com a validação do ML, as atividades referentes as educações permanentes foram avaliadas como importante e relevante para compor o ML, assumindo assim a continuidade da educação em saúde, propondo mudanças nas ações e serviços. A Educação Permanente tem a ideia de problematizar o processo de trabalho, com intuito de incentivar por meio das intervenções de capacitação em saúde, uma melhor assistência a população, tendo como referência as necessidades de saúde das pessoas, mediante a realidade em que estão inseridas (PERES; SILVA; BARBA, 2016). A superação das metas planejadas que são direcionadas a capacitação dos profissionais sobre RPCD, levanta hipótese de que essa atividade, além da importância para o fortalecimento da rede, também seja executada por interesses específicos da gestão.

O ML foi validado como importante, a atividade “adequação da acessibilidade em todos os ambientes e serviços”, da dimensão gestão obteve pontuação máxima 100%, as demais foram consideradas importantes, com percentual entre 80% e 95,8%. A Lei brasileira de inclusão indica com riqueza as disposições que garantem acessibilidade dessas pessoas, garantindo autonomia nos serviços de Saúde (BRASIL, 2015).

Na subdimensão atenção básica, seis das onze atividades receberam a pontuação máxima quanto a sua importância, apenas a atividade de “prevenção de perda funcional” não foi considerada importante (62%). A não compreensão sobre a atividade, ou o entendimento de que a primeira atividade dessa subdimensão tenha contemplado as ações de prevenção de perda funcional e recuperação da função, podem ter interferido no resultado obtido.

As atividades mencionadas e validadas com 100% na subdimensão Atenção Básica reafirmam a necessidade da descrição das mesmas no modelo lógico, com o intuito de atender às demandas básicas das Pessoas com Deficiência, direcionando e organizando o cuidado em saúde. Essas são estruturadas à maneira que garanta principalmente os serviços de prevenção e promoção dos cuidados de saúde (BRASIL, 2011).

Em atenção especializada, todas as atividades foram consideradas importantes, seis delas obtiveram pontuação de 100% e as demais 87,5%. A Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, como componente da RPCD, tem responsabilidades e competências para assumir atividades de acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência, equipes de referência em reabilitação em ambientes hospitalares de urgência e emergência vinculadas à ação pré-deficiência, além de ampliar o acesso e qualificar a atenção à saúde para pessoa com deficiência em leitos de reabilitação hospitalar (BAILEY, 2012).

Todas as atividades, foram consideradas relevantes, porém as atividades de “prevenção da perda funcional e recuperação da função” e articulação com a rede SUAS e rede educacional”, receberam a menor pontuação. As atividades de articulação com as Redes SUAS e educacional, são pertencentes as áreas que fogem do campo de conhecimento de alguns especialistas, sendo assim, possivelmente esse ponto pode ter interferido nos resultados quanto a validação do ML (BRASIL, 2016).

Três pontos foram visualizados na entrevista com os informantes-chave: conhecimentos normativos, processo que antecedeu a instituição da RCPD e articulação com o Ministério da Saúde.

Foi sinalizado as ações de implantação dos grupos condutores e atividades direcionadas ao componente de atenção especializada, com ações específicas da implantação e habilitações de centros de reabilitação. As informantes-chave relataram sobre a dinâmica de funcionamento de todas as políticas funcionando no mesmo ambiente, o que facilita a comunicação entre elas, viabilizando melhor a transversalidade das ações.

O estudo de avaliabilidade apontou lacunas, o que resultou na elaboração de perguntas avaliativas, e foram categorizadas da seguinte forma: Implantação, funcionamento e impactos da RPCD. As perguntas elaboradas contemplam questões desde a ações e serviços de saúde, o grau de implantação, informações sobre o grupo condutor responsável pela implantação da Rede. A avaliação da RPCD, deverá priorizar as questões de implantação, gestão, oferta do cuidado e alcance dos serviços de Saúde, bem como a capacitação profissional, e o processo de implantação da Rede.

O estudo apresenta limitações, que dizem respeito ao número reduzido de especialistas que participaram da validação do modelo lógico, e a ausência do envolvimento de profissionais das unidades hospitalares, que pudessem representar o componente da atenção de urgência e emergência. Além do número de rodadas para validação do modelo lógico, que aconteceu em única etapa. Além disso, os especialistas que participaram da validação, foram em sua maioria fonoaudiólogos e do estado de Pernambuco, o que limita o alcance para o conhecimento sobre outros tipos de deficiências e de outras realidades.

O estudo de avaliabilidade permite um amplo conhecimento sobre a Rede de Cuidados á Pessoa com Deficiência, possibilitando e facilitando futuras pesquisas nesse âmbito, construindo possibilidades de intervenções e servindo com norte para a gestão dos serviços direcionado a população das Pessoas com Deficiência.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou que o ML, apresenta viabilidade em sua metodologia, considerando sua importância e relevância, os achados podem contribuir para

futuras pesquisas avaliativas, além de apontar questões importantes em relação as ações e atividades executadas pela gestão na RPCD.

O conhecimento sobre a RPCD, contribuíram para verificar se o desempenho atividades planejadas e os resultados gerados são suficientes para atender aos objetivos propostos de acordo com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde na Rede.

REFERÊNCIAS

BERNARD, H. R. **Research methods in anthropology**: qualitative and quantitative approaches. Lanham, MD: AltaMira Press. 2005.

BEVILACQUA, M. C. **Levantamento das alterações auditivas da população urbana de Monte Negro Rondônia/Brasil**. Bauru: Universidade de São Paulo, 2007.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2012.

BRASIL. Ministério do Esporte. **Caderno legado social**. Brasília: Ministério do Esporte, 2009. Disponível em: http://www.esporte.gov.br/snear/rio2016/default.jsp. Acesso em: 9 nov. 2022.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite. nov. 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/DECRETO. Acesso em: 12 jul. 2022.

BRASIL. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**: Terceiro ciclo – Manual Instrutivo para as Equipes de Atenção Básica e NASF. Brasília, 2016.

BROUSSELLE, A. *et al*. **Avaliação**: conceitos e métodos. 22. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. D. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, 2015.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar modelo lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010.

DIAS, R. L. **Regulação médica de urgências na região do Médio Paraíba**: uma proposta para avaliação da implantação do serviço. 2012. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014.

GIRONDI, J. B. R.; SANTOS, S. M. A. Deficiência física em idosos e acessibilidade na atenção básica em saúde: Revisão integrativa da literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem (Online)**, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n2/a23v32n2.pdf. Acesso em: 12 jul. 2022.

HARTZ, Z. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teóricas metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 341-353.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**: resultados preliminares da amostra. 2010. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 15 ago. 2022.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OLIVEIRA, E. V.; SOUZA, D. S. O plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência: Plano Viver Sem Limite – uma leitura sobre a aplicação dos conceitos de territorialidade e participação social. **Revista Espacios**, v. 38, n. 21, p. 22, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Resolução 37/52, de 3 de dezembro de 1982**. Cria o Programa de Ação Mundial para as pessoas com Deficiência. Disponível em: http://www.mj.gov.br/corde/progra_acao_mundial.asp. Acesso em: 12 abr. 2022.

PERES, C.; SILVA, R.; BARBA, P. D. Desafios e potencialidades do processo de educação permanente em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2016.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2011. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdr conass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

SAMICO I. *et al*. (org.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SILVA, R. C. **A avaliabilidade do Programa SESI de prevenção de quedas na indústria de construção civil na Bahia**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

TANAKA, O. U.; TAMAKI, E. M. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2012.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo de avaliabilidade da Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência mostrou que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é avaliável, e as atividades desenvolvidas foram validadas quanto sua importância e relevância.

O estudo possibilitou a elaboração de perguntas avaliativas sobre a implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no estado de Pernambuco, o que permitirá o desenvolvimento de estudos de avaliação da implantação da RPCD.

O modelo proposto sugere desafios para a atuação da RPCD, a ferramenta poderá ser utilizada como instrumento indutor de práticas, não devendo ser um documento isolado, mas, sim, capaz de auxiliar os gestores a conhecer suas tarefas e compreender o que se espera da Rede. Assim, espera-se que possa contribuir como proposta norteadora de melhores práticas dos serviços, atendendo a necessidade das Pessoas com Deficiência.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem "Respondent-driven Sampling" na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas**. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: Fiocruz, 2009.

AMARAL, C. E. M. Network as trans – concept: elements for a conceptual demarcation in the field of public health. **Rev Saúde Pública**, 2017.

AMORIM, E. G.; LIBERALI, R.; NETA, O. M. M. **Avanços e desafios na atenção à saúde de pessoas com deficiência na atenção primária no Brasil**: uma revisão integrativa. Holos. 2018.

BAÓ, A. C. P.; AMESTOY, S. C.; MOURA, G. M. S. S.; TRINDADE, L. L. Indicadores dequalidade: ferramentas para gerenciamento de boas práticas em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2018.

BERNARD, H. R. **Research methods in anthropology**: qualitative and quantitative approaches. Lanham, MD: AltaMira Press. 2005.

BICKMAN, L. The functions of program theory. **New Directions for Program Evaluation**, n. 33, p. 5-18, 1987.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 29 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012**. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. 2012.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2010.

BROUSSELLE, A. *et al*. **Avaliação**: conceitos e métodos. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BUENO, V. L. R. C.; CORDONI JÚNIOR, L.; MESAS, A. E. Desenvolvimento de indicadores para avaliação de serviço público de odontologia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3069-3082, 2011.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. D. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, 2015.

CASSIOLATO, M.; GUERESI, S. **Como elaborar modelo lógico**: roteiro para formular programas e organizar avaliação. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010.

DIAS, M. S. A. *et al*. Política Nacional de Promoção da Saúde: um estudo de avaliabilidade em uma região de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 103-114, 2018.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma política nacional de avaliação em saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2010.

FERREIRA, H.; CASSIOLATO, M.; GONZALEZ, R. **Como elaborar modelo lógico de programa**: um roteiro básico. Brasília: IPEA, 2007.

FIGUEIREDO, T. A.; HARTZ, Z. Avaliação de desempenho da regulação em saúde. **Anais do Instituto de Higiene e Medicina Tropical**. Lisboa, v. 16, 2017.

FONTES, K. C. **Validação de instrumento para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS**. 2020.

FURTADO, J. P. Avaliação da situação atual dos serviços residenciais terapêuticos existentes no SUS. **Ciência Saúde Coletiva**, 2010.

FURTADO, J. P.; VIEIRA-DA-SILVA, L. M. A avaliação de programas e serviços de saúde no Brasil enquanto espaço de saberes e práticas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 12, p. 2643-2655, dez. 2014.

GASPARINI, M. F. V.; FURTADO J. P. Avaliação de programas e serviços sociais no Brasil: uma análise das práticas no contexto atual. **Serv Soc.**, 2014.

GUERRERO A. V. P. **Avaliabilidade do pacto pela redução da mortalidade infantil nas regiões Amazônia Legal e Nordeste do Brasil**: descrição do programa e construção do modelo Lógico. Recife: Fiocruz, 2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**: resultados preliminares da amostra. 2010. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br. Acesso em: 15 ago. 2022.

LEVITON, L. C. *et al*. Evaluability assessment to improve public health policies, programs, and practices. **Annual Review of Public Health**, Palo Alto, 2010.

MENDES, B. C. A.; VIEIRA, G. I. **Trajetória das políticas públicas em saúde auditiva no Brasil**: tratado nas especialidades em fonoaudiologia. São Paulo: Guanabara Koogan, 2014.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, M. F. M. *et al*. Avaliabilidade ou pré-avaliação de um programa. *In*: SAMICO I. *et al*. (org.). **Avaliação em saúde**: bases conceituais e operacionais. Rio de Janeiro: MedBook, 2010. p. 57-64.

MIRANDA, W. D. *et al*. Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A no Brasil: um estudo de avaliabilidade. **Rev Panam Salud Publica**, 2018.

NICKEL, D. A. *et al*. O uso de uma avaliação por gestores da atenção primária em saúde: um estudo de caso no Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**, 2014.

OLIVEIRA, E. V.; SOUZA, D. S. O plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência: Plano Viver Sem Limite – uma leitura sobre a aplicação dos conceitos de territorialidade e participação social. **Revista Espacios**, 2016.

ONOCKO-CAMPOS, R. *et al*. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da atenção primária à saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 46, p. 43-50, 2006.

PEERSMAN, G.; GUIJT, I.; PASANEN, T. Evaluability assessment impact evaluation: guidance, checklists and decision support. **Australian Government: Departament of Foreign Affairs and Trade**, 2015.

PERNAMBUCO. Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco. **Plano Diretor de Regionalização**. Recife: Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, 2011. Disponível em: http://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdr conass-versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

RIBEIRO, P. T.; TANAKA, O. Y.; DENIS, J. L. Governança regional no Sistema Único de Saúde: um ensaio conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, p. 1075-1084, 2017.

SCARPARO, A. F. *et al*. Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 13, n. 1, p. 242-251, 2012.

SILVA, G. A. *et al*. Functional assessment of people with spinal cord injury: use of the functional independence measure. **Texto Contexto Enferm Internet.**, dez. 2012.

SILVA, R. C. **A avaliabilidade do Programa SESI de prevenção de quedas na indústria de construção civil na Bahia**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

SOUZA, D. B. L.; ABBAD, G.; GONDIM, S. M. G. **Modelos lógicos na avaliação de um mestrado profissional**: um exemplo de aplicação. Disponível em: http://ojs. rbpg.capes.gov.br. Acesso em: 20 abr. 2021.

TEIXEIRA, C. F. **Estudo avaliativo da política de atenção à saúde auditiva**: estudo de caso em Pernambuco. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007.

THURSTON, W. E.; RAMALIU, A. Evaluability assessment of a survivors of torture program: lessons learned. **The Canadian Journal of Program Evaluation**, 2005.

TUON, L.; REIS, L. R.; CERETTA, L. B. Rede de cuidado à pessoa com deficiência. *In*: TUON, L.; CERETTA, L. B. (org.). **Rede de cuidado à pessoa com deficiência**. Tubarão, 2017

WHOLEY, J. S. Evaluability assessment: developing program theory. New Directions for Program Evaluation. **Medford**, v. 33, p. 77-92, 1987.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – COLETA DE DADOS VIRTUAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – COLETA DE DADOS VIRTUAL

Convidamos o(a) Sr. (a) para participar como voluntário(a) da pesquisa "Rede de cuidados à pessoa com deficiência em Pernambuco: um estudo de avaliabilidade", que está sob a responsabilidade do(a) pesquisador(a) Emilaine de Lima Ferreira, com endereço Rua Manoel Sebastião de Moura e 55700000 – Telefone (81) 996394784 e e-mail lainelima-@hotmail.com para contato do pesquisador responsável (inclusive ligações a cobrar). Sob a orientação da Prof.ª Drª Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima, Telefone: (81)999145968, e-mail mluizaltl@gmail.com.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde em participar desse estudo, pedimos que assinale a opção de "Aceito participar da pesquisa" no final desse termo.

O(a) senhor(a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Descrição da pesquisa e esclarecimento da participação: Você foi indicado através da técnica bola de neve para validar o modelo lógico da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Considerando a importância da RCPD e os pouco registros sobre essa implantação no estado de Pernambuco, a inexistência de um modelo lógico e perguntas avaliativas, torna-se oportuno um estudo de avaliabilidade da RPCD, a fim de demonstrar como está o processo de efetivação, os fatores que dificultam e que facilitam a execução da Rede, além de apresentar um modelo lógico para auxiliar na avaliação dos serviços e implantação da rede. O OBJETIVO do estudo é Realizar um estudo de avaliabilidade da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Pernambuco. O especialista realizará a leitura dos documentos oficias sobre a de Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e em seguida irão acessar o link disponibilizado via e-mail, para validar o modelo lógico, e

reenviar, com as alterações e sugestões, como também a assinatura do termo de consentimento com um prazo de dez(10) dias para devolução das respostas.

- **RISCOS:** Situações de desconfortos, possibilidades de constrangimentos ao responder o instrumento de coleta de dados, medo de não saber responder ou ser identificado, estresse, quebra de sigilo, cansaço, quebra do anonimato. Garantimos que sempre serão respeitados os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos. Também asseguramos a confidencialidade e privacidade, proteção de imagem e a não estigmatização, garantindo a não utilização de informações em prejuízo das pessoas, inclusive em termos de autoestima, de prestígio econômico e financeiro.

- **BENEFÍCIOS diretos/indiretos para os voluntários:** O participante estará contribuindo com seus conhecimentos para o melhor cuidado ofertado a população com Deficiência na Rede de Atenção à Saúde.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa, ficarão armazenados em pastas de arquivo de computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o(a) senhor(a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 – Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br.

[redacted]

(Assinatura do Pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO(A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo “Rede de cuidados à pessoa com deficiência em Pernambuco: um estudo de avaliabilidade”, como voluntário(a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade (ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência/tratamento). Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento para participar da pesquisa.

( ) Aceito Participar da pesquisa

( )Não aceito participar da pesquisa

ANEXO A – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: um olhar sobre a implantação, a coordenação da atenção e o contexto histórico em Pernambuco

Pesquisador: MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 38329220.0.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.435.152

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: um olhar sobre a implantação, a coordenação da atenção e o contexto histórico em Pernambuco", sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima, docente do Departamento de Fonoaudiologia e do Mestrado em Saúde da Comunicação Humana do CCS-UFPE. O projeto foi submetido a chamada Pública Facepe 06/2020 Programa Pesquisa para o Sus: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS.

A proposta visa avaliar a rede de atenção a pessoa com deficiência (RAPCD) no estado de Pernambuco. Para isso, será desenvolvido uma investigação multimétodos, estruturada em duas fases:

Fase 1: estudo de avaliabilidade (modelo lógico de funcionamento da rede), estudo metodológico (critérios e indicadores para uma matriz de julgamento) e estudo de caso (implantação da rede em PE). Serão realizados: levantamento e coleta de informações relativas a rede; estruturação do modelo lógico de funcionamento; e validação de conteúdo e semântica dos componentes envolvidos no funcionamento da rede.

Essa fase contará com a participação de 50 especialistas para validação do modelo lógico e indicadores propostos e 70 profissionais de saúde e/ou gestores para avaliação do grau de implantação e situação dos serviços que compõem a rede de atenção.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

"Para seleção dos 50 especialistas será considerado como critérios de inclusão: ser profissional da área de saúde e/ou assistência social e/ou gestão da saúde e/ou na oferta do cuidado nos distintos componente da rede (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, médicos, assistente social, psicólogo, etc); apresentar experiência de atuação nas redes de reabilitação e/ou profissionais que atuam na área acadêmica; possuir no mínimo título de especialização. Serão excluídos os profissionais com tempo de atuação profissional, inferior a 05 (cinco) anos.

Para seleção dos 70 profissionais ou gestores informantes quanto a situação dos serviços que compõem a rede, será considerado como critérios de inclusão: ser o profissional que responde administrativamente pelo serviço de saúde há pelo menos um ano. Caso não exista clara definição de quem é a pessoa responsável pelo serviço, será solicitada a instância superior a indicação da pessoa a ser considerada referência. Caso o serviço de saúde seja uma Unidade de Saúde da Família, médicos ou enfermeiros, serão considerados os responsáveis pelo serviço."

Fase 2: estudo de caso (sobre o histórico e coordenação da rede de atenção). Serão realizadas entrevistas individuais, entrevistas em grupo e grupo focal e análise documental.

Essa fase contará com a participação de 10 pessoas elencadas dentre os representantes das coordenações da política da pessoa com deficiência no estado, nos municípios e técnicos envolvidos na implantação da rede e representante do Conselho de Direitos da Pessoa com Deficiência que serão identificados como informantes-chave e escolhidos a partir da função que exercem ou exerceram pela participação marcante no processo de desenvolvimento da Rede nos aspectos do contexto histórico e da coordenação do cuidado.

"Serão incluídos nessa fase da pesquisa os participantes que preencham os critérios de inclusão: exerçam ou exerceram participação marcante no processo de desenvolvimento da Rede da Pessoa com Deficiência nos aspectos do contexto histórico e da coordenação do cuidado (Coordenador da Política da Pessoa com Deficiência em Pernambuco; Coordenador da Política da Pessoa com Deficiência em Recife; Coordenador do Conselho de Direitos a Pessoa com Deficiência em Pernambuco; Técnicos que atuem na Gerência da Pessoa com Deficiência na secretaria estadual de Saúde de Pernambuco; Membros do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco e Conselho Municipal de Saúde de Recife; representantes de Associações de pessoas com Deficiência, como por exemplo de pessoas surdas e de cegos)."

O orçamento total do projeto foi estimado em R$ 82.184,00 e será subsidiado pela FACEPE, caso aprovado e, caso a proposta não seja contemplada, a pesquisa será desenvolvida parcialmente

com comunicação ao Comitê de Ética dos ajustes necessários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Avaliar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência em Pernambuco na perspectiva da implantação, da coordenação do cuidado e do contexto histórico.

Objetivos Específicos:

1. Compreender a teoria da mudança que sustenta a configuração e o funcionamento da Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiência, o encadeamento causal presumido de como esta intervenção permite alcançar os objetivos e vínculos entre os recursos necessários, os processos e resultados esperados.
2. Desenvolver e validar critérios e indicadores para avaliação da Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência relativos à Teoria da Mudança do ponto de vista do monitoramento para gestão e da avaliação da implantação.
3. Estimar o grau de implantação da Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiência em Pernambuco a partir dos critérios e indicadores de implantação.
4. Resgatar o contexto histórico da Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência a partir de eventos críticos que marcaram a sua trajetória.
5. Compreender o funcionamento da Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência quanto às suas controvérsias e potencialidades, e os aspectos facilitadores ou obstáculos envolvidos na implementação e coordenação do cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios foram delineados pela pesquisadora de maneira geral no projeto e para cada um dos momentos da pesquisa nas versões dos TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto relevante que pode contribuir para um melhor conhecimento do histórico de construção e situação atual da rede de atenção as pessoas com deficiência no estado de Pernambuco.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos de apresentação obrigatória foram anexados.

1. FOLHA DE ROSTO – anexada.
2. CARTA DE ANUÊNCIA – anexada.

3. TCLE – anexados três modelos, de acordo com as etapas da metodologia..
4. CURRÍCULO LATTES da pesquisadora – anexado.
5. CURRÍCULO LATTES dos demais integrantes da equipe de pesquisa – anexados.
6. PROJETO DETALHADO (conforme as normas da ABNT) – anexado.
7. PDF DE INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO – anexado.
8. TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE – anexado.
9. DECLARAÇÃO DE VÍNCULO – não se aplica.
10. DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS – não se aplica.
11. INSTRUMENTO de coleta de dados – anexado no detalhamento metodológico do projeto completo.

Recomendações:

Sem Recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a

pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1630991.pdf	01/12/2020 12:03:33		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP_02.docx	01/12/2020 10:43:57	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_grupofocal_02.docx	01/12/2020 10:42:48	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_B_02.docx	01/12/2020 10:42:17	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_A_02.docx	01/12/2020 10:41:17	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP.pdf	22/11/2020 10:02:32	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_RedePessoaDeficiencia_PPSUS.docx	22/11/2020 10:01:35	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_grupofocal.docx	22/11/2020 10:00:50	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto_carimbo.pdf	22/11/2020 09:58:42	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	Curriculo_MariaGabriellaPacheco.pdf	21/09/2020 21:52:31	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_RedePessoaDeficiencia_CEP.docx	21/09/2020 21:47:28	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
Outros	Cartaanuencia_SES.pdf	21/09/2020 21:42:14	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	termocompromisso.pdf	21/09/2020	MARIA LUIZA	Aceito

Outros	termocompromisso.pdf	10:35:58	TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
Outros	CurriculoVanessa.pdf	21/09/2020 10:34:20	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoRaquel.pdf	21/09/2020 10:33:18	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoRafaelalopes.pdf	21/09/2020 10:32:31	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoMirella.pdf	21/09/2020 10:31:53	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoMariaAparecida.pdf	21/09/2020 10:30:14	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoMarcellaabath.pdf	21/09/2020 10:28:20	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoFabianaSousa.pdf	21/09/2020 10:25:50	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_B.docx	21/09/2020 10:25:08	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_A.docx	21/09/2020 10:24:35	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
Outros	CurriculoEmilaine.pdf	21/09/2020 10:20:31	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoCynthiaNascimento.pdf	21/09/2020 10:19:31	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoCinthiaKalyne.pdf	21/09/2020 10:18:44	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoMariaLuiza.pdf	21/09/2020 10:16:15	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RECIFE, 03 de Dezembro de 2020

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

ANEXO B – TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA

Entrevistador: Emilaine Lima (Pesquisadora)

Entrevistado 1: Coordenadora

Entrevistado 2: Técnica

ENTREVISTADOR: Gostaria que vocês falassem sobre os fatores mais relevantes na implantação da Rede.

ENTREVISTADO 1: Isso é tão amplo! (Risada) – Eu acho que o fator mais relevante na verdade é dá o acesso ao serviço de saúde, a pessoa com deficiência, garantindo a inclusão dessa pessoa e o tratamento equânime. Acho que esse é o principal fator na verdade, dando ênfase ai na linha da inclusão. Então, assim eu acho que fazendo um breve histórico, vemos que essa luta/batalha é de um longo tempo, mas o marco maior é a convenção da ONU, que estabelece o estatuto da Pessoa com Deficiência, e a partir do momento que o Brasil assina e se torna signatário disso, trazendo para sua constituição e entra como emenda para garantir a inclusão da Pessoa com Deficiência, ai tem os quatros eixos principais, dentro dos quatro eixos, dois perpassam todas as áreas, que são acessibilidade e inclusão, ai você tem a educação e a saúde, então eu acho que o principal para implantação da rede é essa, e temos os desdobramentos disso dentro da saúde, e a importância disso, ou seja transformar essa missão numa rede, nós temos as RAS (Redes de Atenção à Saúde), elas trabalham com aqueles três componentes que conhecemos (Atenção Básica, Atenção Especializada e urgência e emergência), quando você faz isso, traz para uma rede, onde você está também com as esferas de governabilidade, de gestão, você estabelece que essa rede tem que ter essa capilaridade e alcançar os territórios da Pessoa com Deficiência, e ai está claro a questão da acessibilidade e dá acesso aos serviços, e dentro da saúde da visibilidade a essas pessoas, então a missão não é uma missão fácil, é árdua para quem está na gestão, é uma questão de mudança de paradigma, parte da população ainda lida com a Pessoa com Deficiência, como o coitadinho, o que tem que ser tratado com caridade, e a ideia é respeitar essa pessoa com Deficiência, como cidadã, com direito e deveres como qualquer outra, ou seja, tratar em iguais condições e ter autonomia para levar sua vida com condicionalidade, tem as histórias de derrubar as barreiras, e na saúde derrubar as barreiras que existem para essas pessoas terem acesso aos serviços de Saúde.

ENTREVISTADOR: Qual a dinâmica entre vocês, o funcionamento da Gestão e o processo de trabalho da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência?

ENTREVISTADO 1: Processo de trabalho também é uma coisa bem ampla, ele não vai está determinado dentro dos marcos legais, ele está dentro do que a gestão estabelece como processo de trabalho, então planejamentos, dentro da administração, do executivo, especificamente dentro da secretaria de saúde, do que é estabelecido, ações e metas, isso é uma coisa mais macro, essas ações e metas estão dentro da PAS, do plano quadrienal, o PES que é quadrienal, o que pensamos está dentro do que está estabelecido, mas está dentro também de como é regido dentro da secretária de Saúde, e uma coisa mais micro, que é a coordenação, uma

coisa mais micro, depende do quantitativo de pessoas que tem essa coordenação, de como está estabelecido, a representatividade que temos, a coordenação junto com outras coordenações, a questão não só da transversalidade, contamos com a parceria de outras coordenações e intersetor alidade de programas específicos, e a divisão da coordenação para estar nos espaços e o que acarreta de tarefas para a equipe atuar.

ENTREVISTADO 2: Quando você falou (a pergunta) eu tinha pensado de uma forma diferente, eu tinha pensado em relação a formação da rede, mas como o que Arabela falou respondeu, ótimo.

ENTREVISTADOR: Qual a composição da equipe?

ENTREVISTADO 1: Tem a coordenadora, que sou eu psicóloga e sanitarista, tem as técnicas, que são analista em saúde e sanitarista, e temos o apoio administrativo, que serve à Pessoa com Deficiência e a coordenação de LGBTQI Formação: Arabela-Coordenadora-Psicóloga e sanitarista (2007) Cida-Fonoaudióloga-Analista em Saúde-Técnico (2005) Ceça-Enfermeira-Analista em Saúde-Técnica (2021) Sandrely-Apoio Administrativo-Ensino Médio (2020).

ENTREVISTADOR: Qual o documento que hoje serve como base principal para o funcionamento da Rede?

ENTREVISTADO 1: São esses documentos especificamente, e como eu disse a você os documentos de planejamento, que dão os caminhos, que estabelecemos na verdade, dentro dos princípios e diretrizes, como a rede é pactuada, também nos baseamos nessa pactuação, cada ente segue a pactuação intergestores de sua rede[...] acrescentar, compilamos as Pactuações regionais na pactuação bipartite e ai sai o documento da Rede de cuidado, como está estabelecido, desenho, a modelagem e esse é o que seguimos, obviamente coisas podem acontecer, a rede de cuidados é dinâmica, ela pode estar mudando sempre a partir das Pactuações, foi pactuado em 2013, mas em 2015, devido ao advento da síndrome congênita, alterou o desenho da rede, que não estava antes pactuados, que não estavam antes pactuados, tendo em vista daquela necessidade.

ENTREVISTADO 2: Mas eu acho que também o documento principal para a pessoa com Deficiência é o LBI. Ela está em todas as áreas de atuação do poder público.

ENTREVISTADOR: Fala um pouco sobre o grupo condutor da Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência.

ENTREVISTADO 1: Surgiu quando, a então presidente Dilma Rousseff, sancionou o plano viver sem limites, alocava recursos para a execução do estatuto da Pessoa com Deficiência, já era ementa desde 2009, foi dado um prazo para que lançassem as bases e construíssem as ações para que acontecesse a inclusão da Pessoa com Deficiência, foi realmente um marco o plano viver sem Limites, chegaram minutas e portaria para colocar em ação esse plano, dentro do que cabe à saúde, sabíamos que o grande ponto era a integralidade, não tinha nada estabelecido, era cada um no seu quadrado, o objetivo maior era o cuidado da pessoa com deficiência. Antes existiam portarias fragmentadas para deficiências especificas, que foi consolidada na Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência.

ENTREVISTADOR: Principais dificuldades encontradas.

ENTREVISTADO 1: Na verdade são várias, a questão da equipe mínima, dificuldades de visitas, capacitação dos profissionais, dificuldades de Pactuações dos municípios, relacionamentos políticos e antagônicos, questões de articulações políticas [...] todos querem muito o recurso e custeio que o ministério oferece. Enquanto estado, não pode chegar batendo, pedindo “Você tem que fazer”, um papel difícil é sensibilizar para que eles façam o que tem que fazer,

ENTREVISTADO 2: São muitas dificuldades, mas a maior que temos é não ter a abertura de financiamento, de conclusão, de ações que eram previstas e que agora estão sendo refeita, hoje temos uma rede mínima, para um estado tão grande, super inchada e que não dá conta, você ver cada vez mais, judicialização do SUS, pessoal cada vez mais colocando judicialização para poder ganhar alguma coisa, está muito cheio. Queria que essa rede conseguisse dar um conforto maior, está mais perto das pessoas, ser da forma que deveria ser. Volto para questão das contribuições e das competências, porque se o município desse conta, daquilo que deve dar conta, o estado não estaria inchado, se a gente não precisasse o tempo todo está cobrindo com ações, o que seria da atenção primária, os serviços não estaria tão difícil para o estado está levando, não deixar que chegue a um nível que o estado tenha que está assumindo por especialidade, se as coisas conseguissem andar ali, é obvio que os quadros não chegariam onde está.

ENTREVISTADOR: Como funciona a comunicação com as outras políticas? Especificamente as estratégicas.

ENTREVISTADO 2: Acho que você viu né a dinâmica, todo mundo ali meio que junto e misturado, a comunicação é muito fácil, qualquer questão que tiver podemos contar com outros gestores de outras políticas, hoje a DPE (Diretoria de Políticas Estratégicas), ela trabalha de forma muito junta, é quase como uma unidade, é todo mundo junto, todo mundo misturado, antes cada um ficava numa sala, num prédio, era muito difícil, toda uma burocracia. E tem as reuniões de colegiado, com as geres e só com a DPE, isso facilita muito, temos noção do que está acontecendo com as outras políticas e podemos nos inserir, quem é que pode ou não ajudar, para mim é um trabalho fácil, talvez Arabela (Entrevistado 1) tenha algo a acrescentar.

ENTREVISTADO 1: Se a pergunta foi relacionada a processos de trabalhos, de como se dá essa integração, isso é real. Quando vai para a questão de nossos planejamentos e ação, ou essas políticas na ação final, no atendimento a pessoa, já encontra uma outra complexidade maior, por exemplo: algumas coordenações e gerências que conseguimos fazer algumas ações planejadas, mas realmente não dá conta de estar transversalizando as ações com todas, como ações voltadas para pessoas que tem deficiência e tem deficiência, então assim na hora de planejar, ainda não conseguimos esse ideal de planejamento, temos ações em saúde da criança, doenças raras, fazendo essas ações em conjunto, principalmente por conta do autismo, pois o autismo é considerado pessoa com Deficiência. E na prevenção de doenças. [...].

ANEXO C – NORMAS DE SUBMISSÃO NA REVISTA CODAS

Instruções e Políticas

Escopo e política

CoDAS (on-line ISSN 2317-1782) é uma revista científica e técnica de acesso aberto publicada bimestralmente pela Sociedade Brasileira de Audiologia e Fonoaudiologia (SBFa). É uma continuação da anterior “Revista de Atualização Científica Pró-Fono” - ISSN 0104-5687, até 2010 e “Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (JSBFa)” - ISSN 2179-6491, até 2012.

O nome da revista CoDAS foi criado com base nas áreas principais de “Distúrbios de Comunicação, Audiologia e Deglutição” e foi concebido para ser curto e fácil de lembrar.

A missão da revista é contribuir para a disseminação de conhecimentos científicos e técnicos no campo das Ciências e Distúrbios da Comunicação - especificamente nas áreas de Linguagem, Audiologia, Voz, Motricidade Orofacial, Disfagia e Saúde Pública.

A CoDAS não cobra taxas de submissão e aceita manuscritos de pesquisas produzidas no Brasil ou no exterior por pesquisadores, acadêmicos e profissionais nacionais ou internacionais. Os artigos submetidos podem ser escritos em português, inglês ou espanhol.

Os artigos aceitos originalmente enviados em português ou espanhol serão traduzidos e publicados tanto na sua língua original como em inglês. A tradução correrá a expensas dos autores e deverá ser conduzida por empresas designadas pela CoDAS ou empresas com experiência comprovada na tradução de artigos científicos na área. Os falantes nativos ou nativos do inglês podem submeter seu manuscrito diretamente em inglês; Caso em que a publicação não será traduzida para o português, mas a versão em inglês será avaliada e, se necessário, será necessária uma revisão da língua inglesa, a expensas dos autores.

Políticas da revista completa podem ser encontradas nas Instruções para Autores.

Tipos de artigos

A revista publica os seguintes tipos de artigos: “Artigos originais”, “Artigos de Revisão” (Revisões sistemáticas com ou sem meta-análises e Revisão Crítica), “Comunicações breves”, “Relatos de casos”, “Cartas ao editor”.

A. ARTIGO ORIGINAL:

Artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisa científica e devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter necessariamente os seguintes itens: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências.

O **resumo** deve conter informações que incentivem a leitura do artigo e, assim, não conter resultados numéricos ou estatísticos. A **introdução** deve apresentar breve revisão de literatura que justifique os objetivos do estudo. O **método** deve ser descrito com o detalhamento necessário e incluir apenas as informações relevantes para que o estudo possa ser reproduzido. Os **resultados** devem ser interpretados, indicando a relevância estatística para os dados encontrados, não devendo, portanto, ser mera apresentação de tabelas, quadros e figuras. Os dados apresentados no texto não devem ser duplicados nas tabelas, quadros e figuras e/ou vice e versa. Recomenda-se que os dados sejam submetidos a análise estatística inferencial quando pertinente. A **discussão** não deve repetir os resultados nem a introdução, e a conclusão deve responder concisamente aos objetivos propostos, indicando clara e objetivamente qual é a relevância do estudo apresentado e sua contribuição para o avanço da Ciência. Das **referências** citadas (máximo 30), pelo menos 90% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos indexados da literatura nacional e estrangeira preferencialmente **nos últimos cinco anos**. Não devem ser incluídas citações de teses ou trabalhos apresentados em congressos científicos. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas.

O número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como a afirmação de que todos os indivíduos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no caso de pesquisas envolvendo pessoas ou animais (assim como levantamentos de prontuários ou documentos de uma instituição), são obrigatórios e devem ser citados na sessão do método. O documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devem ser digitalizados e anexados no sistema, no momento da submissão do artigo.

B. ARTIGO DE REVISÃO

- **Revisão sistemática com ou sem meta-análises:**

Artigos destinados a responder uma pergunta de pesquisa e analisar criticamente todas as evidências científicas a respeito dessa questão de pesquisa. Resultam de uma pesquisa metodológica com o objetivo de identificar, coletar e analisar, com estratégia adequada de busca para esse tipo de estudo, as pesquisas que testaram uma mesma hipótese, e reúnem os mesmos dados, dispõem estes dados em gráficos, quadros e/ou tabelas e interpretam as evidências. As revisões sistemáticas de literatura devem descrever detalhadamente o método de levantamento dos dados, justificar a escolha das bases de dados consultadas e indicar a relevância do tema e a contribuição para a Ciência. Os resultados numéricos dos estudos incluídos na revisão podem, em muitas circunstâncias, ser analisados estatisticamente por meio de meta-análise. Os artigos com meta-análise devem respeitar rigorosamente as normas indicadas para essa técnica. Revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir a estrutura: resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, introdução, objetivos, estratégia de pesquisa, critérios de seleção, análise dos dados, resultados, conclusão e referências. Todos os trabalhos selecionados para a revisão sistemática devem ser listados nas referências. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas. Para mais informações acesse o Editorial Convidado:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S23171782201500050040 9&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt

- **Revisão crítica ou revisão de escopo:**

O artigo deve apresentar caráter descritivo-discursivo e dedica-se à discussão crítica de temas de interesse científico, respeitando o escopo da CoDAS. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva, ou ainda apresentar revisão de consenso ou de escopo. Deve ser elaborada por pesquisadores especialistas de reconhecido saber, a convite dos Editores Chefes ou indicadas por Editores Associados. O artigo deve conter no máximo 20 páginas (excluindo resumos, tabelas, figuras e referências). Número máximo de tabelas e figuras: 5. O número de referências é ilimitado. Resumos com até 150 palavras.

C. RELATO DE CASO OU RELATO DE EXPERIÊNCIA:

Artigos que apresentam casos ou experiências inéditas, incomuns ou inovadoras, de caso único ou série de casos, com características singulares de interesse para a prática profissional, descrevendo seus aspectos, história, condutas e resultados observados. Deve conter: resumo e descritores, abstract e *keywords*, introdução (com breve revisão da literatura), apresentação do caso clínico, discussão, comentários finais e referências (máximo 15). O arquivo não deve conter mais do que 20 páginas. A apresentação do caso clínico deverá conter a afirmação de que os indivíduos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo, desta forma, com a realização e divulgação da pesquisa e seus resultados. No caso de utilização de imagens de pacientes, no momento da submissão do artigo, deve-se anexar cópia do Consentimento Livre e Esclarecido dos mesmos, constando a aprovação para reprodução das imagens em periódicos científicos.

D. COMUNICAÇÃO BREVE:

Artigos curtos de pesquisa, com o objetivo de apresentar resultados preliminares interessantes e com impacto para a área dos distúrbios da comunicação, audiologia e deglutição, com limite de 2.500 palavras (da introdução à conclusão). Seguem o mesmo formato dos Artigos originais, devendo conter: resumo e descritores, abstract e *keywords*, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências. Devem conter no máximo duas tabelas/quadros/figuras e 15 referências, das quais pelo menos 80% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

E. CARTA AO EDITOR:

Críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, ou discussões de assuntos específicos da atualidade desde que relacionado com algum artigo publicado na CoDAS. As cartas serão publicadas a critério dos Editores. As cartas devem ser breves, com limite de até 1.200 palavras.

Outras informações:

A **CoDAS** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação

internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no site do ICMJE http://www.icmje.org/ ou em http://www.who.int/ictrp/network/primary/en/index.html. O número de identificação deverá ser apresentado ao final do resumo.

A revista **CoDAS** está alinhada com a política de boas práticas científicas, e portanto, atenta a casos de suspeita de má conduta científica, seja na elaboração de projetos, execução de pesquisas ou divulgação da ciência. O plágio e o autoplágio são formas de má conduta científica que envolvem a apropriação de ideias ou contribuição intelectual de outros, sem o devido reconhecimento em forma de citação. Sendo assim, adotamos o sistema ***Ithenticate*** para identificação de similaridades de texto que possam ser consideradas plágio. Ressalta-se que o conteúdo dos manuscritos é de inteira responsabilidade dos autores.

Forma e preparação de manuscritos

As normas que se seguem devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e publicado no artigo “Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical journals”, versão de abril de 2010, disponível em: http://www.icmje.org/.

Submissão do manuscrito

Serão aceitos para análise somente os artigos submetidos pelo Sistema de Editoração Online, disponível em http://mc04.manuscriptcentral.com/codas-scielo.

O processo de avaliação dos manuscritos submetidos à **CoDAS** é composto por 3 etapas:

1. AVALIAÇÃO TÉCNICA:

Todos os artigos submetidos são checados quanto aos requisitos descritos nas normas de submissão. Aqueles que não estejam de acordo ou não apresentem todos os documentos solicitados são devolvidos aos autores com as indicações para adequação. Artigos de acordo com as normas e acompanhados de todos os documentos necessários passam para a próxima etapa.

2. AVALIAÇÃO DE ESCOPO E INTERESSE:

Os artigos que passam na avaliação técnica são encaminhados para os Editores chefes, juntamente com o relatório de similaridade (via iThenticate). Os editores verificam o relatório de similaridade e realizam a avaliação científica preliminar quanto a área, escopo, relevância e interesse para publicação. Artigos com muitos problemas, fora de escopo ou sem relevância ou interesse para a missão da revista podem ser “Rejeitados imediatamente”, como decisão editorial. Artigos com potencial de publicação seguem para avaliação por pares.

3. AVALIAÇÃO POR PARES:

Os artigos são avaliados por no mínimo dois pareceristas da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e internacionais, de comprovada produção científica. Artigos podem receber parecer de “Aprovado”, “Aprovado com pequenas modificações”, “Aprovado com grandes modificações” e “Rejeitado”. Os pareceres de recusa ou de aceite com modificações sempre são acompanhados da avaliação dos revisores, sendo o anonimato garantido em todo o processo de julgamento. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis. Na ocorrência de pareceres conflitantes, um dos Editores Associados da área pode ser consultado. Se houver dúvidas ou contestação de alguma decisão editorial os autores podem contatar os Editores Chefes que devem receber as justificativas e esclarecer as dúvidas do processo.

Os trabalhos em análise editorial não poderão ser submetidos a outras publicações, nacionais ou internacionais, até que sejam efetivamente publicados ou rejeitados pelo corpo editorial. Somente o editor-chefe poderá autorizar a reprodução dos artigos publicados na CoDAS em outro periódico.

Em casos de dúvidas, os autores deverão entrar em contato com a secretaria executiva pelo e-mail codas@editoracubo.com.br.

Documentos necessários para submissão

REQUISITOS TÉCNICOS

Devem ser incluídos, obrigatoriamente, os seguintes documentos:

a) carta assinada por todos os autores, contendo permissão para reprodução do material e transferência de direitos autorais, além de pequeno esclarecimento sobre a contribuição de cada autor. O documento deve estar digitalizado. No sistema tipifique como “Supplemental File NOT for Review” (modelo disponível aqui);

b) aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a pesquisas em seres humanos ou animais. O documento deve estar digitalizado. No sistema tipifique como “Supplemental File NOT for Review”;

c) cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo(s) sujeito(s) (ou seus responsáveis), autorizando o uso de imagem, quando for o caso. O documento deve estar digitalizado. No sistema tipifique como “Supplemental File NOT for Review”;

d) declaração de conflitos de interesse, quando pertinente. O documento deve estar digitalizado. No sistema tipifique como “Supplemental File NOT for Review”;

e) Página de identificação do manuscrito. Todos os dados de autoria devem estar na Página de identificação (clique aqui para fazer o download do modelo). O manuscrito não deve conter dados de autoria. No sistema tipifique como “*Title Page*”;

f) Tabelas, quadros, figuras, gráficos, fotografias e ilustrações devem estar citados no texto e apresentados no manuscrito, após as referências. Devem ser apresentados também em anexo, no sistema de submissão. Tabelas e quadros devem ser apresentadas em formato DOC ou DOCX. Figuras, gráficos, ilustrações e fotografias devem ser apresentadas no mínimo em 300 dpi, com boa resolução e nitidez. No sistema tipifique como “Table”, “Figure” ou “Image”;

g) Manuscrito (veja abaixo como preparar este documento). No sistema tipifique como “Main Document”.

h) Com relação à submissão do Manuscrito revisado após sugestão dos revisores, sugere-se que os autores redijam uma “Carta de resposta aos revisores” com a finalidade de responder possíveis questionamentos e justificar quando for pertinente. No texto da versão revisada sinalizar as mudanças pontuais realçadas com a cor amarela, ao longo do texto. A “Carta de resposta aos revisores” deve ser inserida no sistema de submissão de artigos no item “Supplemental File for Review”, juntamente com a submissão da nova versão do manuscrito.

Preparo do manuscrito

O texto deve ser formatado em Microsoft Word, RTF ou WordPerfect, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm), digitado em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margem de 2,5cm de cada lado, justificado, com páginas numeradas em algarismos arábicos; cada seção deve ser iniciada em uma nova página, na seguinte sequência: título do artigo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, resumo e descritores, abstract e keywords, texto (de acordo com os itens necessários para a seção para a qual o artigo foi enviado), referências, tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) citados no texto e anexos, ou apêndices, com suas respectivas legendas.

Consulte a seção “Tipos de artigos” destas Instruções para preparar seu artigo de acordo com o tipo e as extensões indicadas.

Tabelas, quadros, figuras, gráficos, fotografias e ilustrações devem estar citados no texto e apresentados no manuscrito, após as referências e ser apresentados também em anexo no sistema de submissão, tal como indicado acima. A parte do manuscrito, em uma folha separada, apresente a página de identificação, tal como indicado anteriormente. O manuscrito não deve conter dados de autoria – estes dados devem ser apresentados somente na Página de Identificação.

TÍTULO, RESUMO E DESCRITORES

O manuscrito deve ser iniciado pelo título do artigo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, seguido do resumo, em Português (ou Espanhol) e Inglês, de não mais que 250 palavras. Deverá ser estruturado de acordo com o tipo de artigo, contendo resumidamente as principais partes do trabalho e ressaltando os dados mais significativos.

Assim, para Artigos originais, a estrutura deve ser, em Português: objetivo, método, resultados, conclusão; em Inglês: purpose, methods, results, conclusion. Para Revisões sistemáticas ou meta-análises a estrutura do resumo deve ser, em

Português: objetivo, estratégia de pesquisa, critérios de seleção, análise dos dados, resultados, conclusão; em Inglês: purpose, research strategies, selection criteria, data analysis, results, conclusion. Para Relatos de casos o resumo não deve ser estruturado. Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores/keywords que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme que é uma tradução do MeSH (Medical Subject Headings) da National Library of Medicine e disponível no endereço eletrônico: http://decs.bvs.br.

TEXTO

Deverá obedecer a estrutura exigida para cada tipo de trabalho. A citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem data e preferencialmente sem referência ao nome dos autores, como no exemplo:

"... Qualquer desordem da fala associada tanto a uma lesão do sistema nervoso quanto a uma disfunção dos processos sensório-motores subjacentes à fala, pode ser classificada como uma desordem motora(11-13)..."

Palavras ou expressões em Inglês que não possuam tradução oficial para o Português devem ser escritas em itálico. Os numerais até dez devem ser escritos por extenso. No texto deve estar indicado o local de inserção das tabelas, quadros, figuras e anexos, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as tabelas e quadros devem ser em preto e branco; as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) podem ser coloridas. Tabelas, quadros e figuras devem ser dispostos ao final do artigo, após as referências e ser apresentados também em anexo no sistema de submissão, tal como indicado acima.

REFERÊNCIAS

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto, e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "Vancouver Style", conforme exemplos abaixo, e os títulos de Journal Indexed in Index Medicus, da National Library of Medicine e disponibilizados no endereço: ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf.

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Acima de seis, citar os seis primeiros, seguidos da expressão *et al*.

Recomendações gerais:

- Utilizar preferencialmente referências publicadas em revistas indexadas nos últimos cinco anos.

- Sempre que disponível devem ser utilizados os títulos dos artigos em sua versão em inglês.

- Devem ser evitadas as referências de teses, dissertações ou trabalhos apresentados em congressos científicos.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Shriberg LD, Flipsen PJ Jr, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML *et al*. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. J Speech Lang Hear Res. 2000;43(1):79-99.

Wertzner HF, Rosal CAR, Pagan LO. Ocorrência de otite média e infecções de vias aéreas superiores em crianças com distúrbio fonológico. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2002;7(1):32-9.

LIVROS

Northern J, Downs M. Hearing in children. 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1983.

CAPÍTULOS DE LIVROS

Rees N. An overview of pragmatics, or what is in the box? In: Irwin J. Pragmatics: the role in language development. La Verne: Fox; 1982. p. 1-13.

CAPÍTULOS DE LIVROS (MESMA AUTORIA)

Russo IC. Intervenção fonoaudiológica na terceira idade. Rio de Janeiro: Revinter; 1999. Distúrbios da audição: a presbiacusia; p. 51-82.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

ASHA: American Speech and Hearing Association [Internet]. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association; c1997-2008. Otitis media, hearing and language development. [cited 2003 Aug 29]; [about 3 screens] Available from: http://www.asha.org/consumers/brochures/otitis_media.htm

TABELAS

Apresentar as tabelas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento e apresentá-las também em anexo, no sistema de submissão. As tabelas devem ser digitadas com espaço duplo e fonte Arial 8, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, autoexplicativo, inserido acima da tabela. Todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados. O número de tabelas deve ser apenas o suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa, e não devem repetir informações apresentadas no corpo do texto. Quanto à forma de apresentação, devem ter traçados horizontais separando o cabeçalho, o corpo e a conclusão da tabela. Devem ser abertas lateralmente. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas.

QUADROS

Devem seguir a mesma orientação da estrutura das tabelas, diferenciando apenas na forma de apresentação, que podem ter traçado vertical e devem ser fechados lateralmente. Serão aceitos no máximo dois quadros. Apresentar os quadros

separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento e apresentá-los também em anexo, no sistema de submissão.

FIGURAS (GRÁFICOS, FOTOGRAFIAS E ILUSTRAÇÕES)

As figuras deverão ser encaminhadas separadamente do texto, ao final do documento, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ser apresentadas também em anexo, no sistema de submissão Todas as figuras deverão ter qualidade gráfica adequada (podem ser coloridas, preto e branco ou escala de cinza, sempre com fundo branco), e apresentar título em legenda, digitado em fonte Arial 8. Para evitar problemas que comprometam o padrão de publicação da CoDAS, o processo de digitalização de imagens (“scan”) deverá obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas usar 800 dpi/bitmap para traço; para ilustrações e fotos usar 300 dpi/RGB ou grayscale.

Em todos os casos, os arquivos deverão ter extensão.tif e/ou.jpg. Também serão aceitos arquivos com extensão.xls (Excel),.eps,.wmf para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração. Serão aceitas, no máximo, cinco figuras.

LEGENDAS

Apresentar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos.

ABREVIATURAS E SIGLAS

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. As abreviaturas e siglas usadas em tabelas, quadros, figuras e anexos devem constar na legenda com seu nome por extenso. As mesmas não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

ORCID ID

Todos os autores devem ter o número de registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID, http://orcid.org/) associados aos seus respectivos cadastros no sistema ScholarOne.

Propriedade intelectual

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma Licença Creative Commons do tipo atribuição BY.

A revista on-line tem acesso aberto e gratuito.

Taxa de Processamento de Artigos, após a APROVAÇÃO para publicação

No momento em que o artigo é aprovado será cobrada uma taxa de processamento de artigos (*Article Processing Charges - APC*) para **artigos submetidos a partir do dia 10/junho/2021.**

Critérios de isenção da taxa: é necessário que pelo menos dois autores sejam sócios ativos da SBFa, sendo, pelo menos um deles na categoria “profissional sócio”.

- Autores Brasileiros

- Associados à Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa): isento, vide maiores informações acima.

- Artigos originais e de Revisão: R$ 800

- Notas (outros tipos de artigo): R$ 500

- Autores internacionais

- Artigos originais e Revisão: USD 150

- Notas (outros tipos de artigo): USD 100

O pagamento da taxa de publicação somente acontecerá depois que os autores receberem a carta de aceite, em link privado.

ANEXO D – QUESTIONÁRIO INFORMANTES-CHAVE

1. Qual a dinâmica de funcionamento da coordenação de Saúde da Pessoa com Deficiência no Estado de Pernambuco?

2. Como está estruturada a equipe da coordenação de Saúde da Pessoa com Deficiência no Estado de Pernambuco?

3. Qual a formação dos integrantes da coordenação de Saúde da Pessoa com Deficiência?

4. Quais são os principais objetivos da Política?

5. Quais os documentos que baseiam o funcionamento da política?

6. Cite os principais marcos teóricos que norteiam a Rede de Cuidado á Pessoa com Deficiência?

7. Em que ano começou o processo de implantação da Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência?

8. Dificuldades encontradas para implantação da Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência

9. Como funciona a comunicação com as outras políticas estratégica que compõe a Rede de Atenção à Saúde?

10. Quais principais percalços encontrados na execução das ações e serviços?

11. Como estão estruturados os serviços para atenção básica?

12. Como estão estruturados os serviços para Atenção especializada?

13. Como estão estruturados os serviços da Atenção de Urgência e Emergência?