

Avaliação da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde: um estudo de casos múltiplos

Evaluation of the implementation of the Care Network for People with Disabilities in the Brazilian Unified National Health System: a multiple case study

Evaluación de la implementación de la Red de Atención a Personas con Discapacidad en el Sistema Único de Salud: un estudio de caso múltiple

Kátia Suelly Queiroz Silva Ribeiro ¹

Jorge Henrique Santos Saldanha ²

Ângela Kemel Zanela ³

Fernando Pierette Ferrari ⁴

Grace Kelly Filgueiras Freitas ⁵

Ralf Braga Barroso ⁶

Silvia Lanzotti Azevedo da Silva ⁷

Sônia Cristina Lima Chaves ²

Victor da Silva Aquino ⁸

Ana Carolina Basso Schmitt ⁶

Tiôtrefis Gomes Fernandes ⁸

doi: 10.1590/0102-311XPT186122

Resumo

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) foi implantada em 2012 como desdobramento das ações do Plano Viver sem Limite, sendo objeto de pesquisas recentes, entretanto, não foram encontrados estudos de avaliação do grau de implantação dessa rede. O objetivo deste artigo foi avaliar o grau de implantação da RCPCD em oito estados nas cinco regiões geográficas brasileiras. Realizou-se estudo de casos múltiplos mediante pesquisa avaliativa do grau de implantação da RCPCD nos estados/casos: Amazonas, Bahia, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Rio Grande do Sul e São Paulo. Para tanto, desenvolveu-se um modelo lógico da política e uma matriz de medidas. O grau de implantação de sete estados foi classificado como moderado, somente o Amazonas obteve grau de implantação incipiente. Foram identificadas diferenças importantes na avaliação de cada fase desse processo, as fases de diagnóstico regional e adesão à rede obtiveram grau de implantação de moderado a avançado na maioria dos estados. Na fase da contratualização dos serviços, nenhum estado alcançou o grau avançado de implantação e a fase de acompanhamento e monitoramento da RCPCD basicamente não ocorreu em todos os estados. A matriz de medidas permite avaliar o grau de implantação da RCPCD. Ainda, o reconhecimento dos resultados do grau de implantação pelos grupos condutores e áreas técnicas estaduais referendou o uso desse instrumento. Salienta-se a necessidade de ações para o aprimoramento dessa implantação, tais como: fortalecer a regionalização, instituir grupos condutores regionais, garantir mecanismos de contratualização e definir critérios para certificação dos pontos de atenção.

Pessoas com Deficiência; Avaliação em Saúde; Política de Saúde

Correspondência

K. S. Q. S. Ribeiro

Universidade Federal da Paraíba.

Cidade Universitária, João Pessoa, PB 58038-180, Brasil.

katiaribeiro.ufpb@gmail.com

¹ Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.

² Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

³ Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Brasil.

⁴ Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Campo Grande, Brasil.

⁵ Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, Brasil.

⁶ Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.

⁷ Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil.

⁸ Universidade Federal do Amazonas, Manaus, Brasil.



Introdução

O Estado brasileiro, ao longo de sua história, apresentou insuficiência na garantia dos direitos das pessoas com deficiência. Dessa forma, a filantropia assumiu o protagonismo ao assegurar, parcialmente, ações de saúde, reabilitação e no campo educacional ¹. O marco legal para a mudança desse paradigma surgiu com a *Constituição Federal* de 1988, que determinou ser dever do Estado o cuidado a saúde, educação, emprego e proteção social às pessoas com deficiência, seguido da instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1990, que tem como princípios universalidade, integralidade e equidade. Em seguida, surgiram diversas ações relacionadas à pessoa com deficiência na forma de leis complementares, de forma fragmentada, desarticulada e centrada na atenção especializada ^{1,2}.

Outro marco importante na garantia dos direitos das pessoas com deficiência foi a assinatura e ratificação, em 2007, da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência no Brasil, que adquiriu status de emenda constitucional. A entrada dessa temática na agenda das políticas públicas brasileiras foi um dos fatores que contribuíram para que, em 2011, fosse instituído o Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – Viver sem Limite, estruturado em quatro eixos: acesso à saúde, educação, inclusão social e acessibilidade. Esse plano teve a participação, em sua concepção, de 15 ministérios, do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade) e da sociedade civil, definindo uma indução financeira importante no país ³ (R\$ 7,6 bilhões até 2014).

Como desdobramento das ações do eixo de acesso à saúde, foi publicada, em 2012, a *Portaria nº 793* ⁴, instituindo a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) no SUS, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua. No artigo 5º dessa portaria, tem-se a definição do processo operacional de implantação da RCPCD, a ser realizada em quatro fases. Posteriormente, foi publicada a *Portaria de Consolidação nº 03/2017* ⁵, que passou a ser a referência legal para a RCPCD.

Recentemente, observa-se um crescente interesse de pesquisas avaliativas na RCPCD. Dubow et al. ⁶ avaliaram a implantação da RCPCD em uma região de saúde do Rio Grande do Sul, analisando contexto, relações e percepções de gestores da rede, dos serviços e de usuários. Esses autores identificaram uma rede centrada na atenção especializada, na lógica de oferta de serviços e procedimentos, em detrimento da construção de diálogos e articulação entre os diversos pontos da rede na produção de um cuidado integral. Dias et al. ⁷ concluíram que a maior lacuna era a disponibilidade de serviços de saúde para pessoas com deficiência próximos aos locais onde os usuários viviam, de acordo com a percepção deles sobre a RCPCD em Minas Gerais. Valentim et al. ⁸ desenvolveram um modelo lógico para um Centro Especializado em Reabilitação (CER), o qual foi validado por gestores e trabalhadores do CER de um estado brasileiro. Os profissionais recomendam seu uso no cotidiano da avaliação desses serviços.

Pesquisas nas bases SciELO e MEDLINE não evidenciaram estudos de avaliação do grau de implantação da RCPCD no Brasil. Muitas vezes, a política implementada não corresponde exatamente ao que foi formulado, sofrendo alterações por parte dos agentes implementadores pela necessidade de adequar a política às suas realidades ⁹. Assim, torna-se relevante verificar o quanto da intervenção foi implantada tal como ela foi planejada, o que constitui etapa importante antes de verificar seus efeitos. Este estudo teve como objetivo avaliar o grau de implantação da RCPCD em oito estados nas cinco regiões geográficas brasileiras.

Metodologia

Desenho do estudo

Este estudo faz parte da pesquisa *Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – Redecin Brasil*, contemplado com financiamento na chamada CNPq/MS/SCTIE/DECIT/SAS/DAPES/CGSPD nº 35/2018. Seu percurso metodológico foi objeto de uma publicação específica ¹⁰.

Trata-se de uma pesquisa de casos múltiplos, em que foi realizada avaliação do grau de implantação da RCPCD em oito estados (casos), situados nas cinco regiões geográficas brasileiras, selecionados

a partir da representação dos pesquisadores envolvidos na proposta nesses estados: Amazonas, Bahia, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Rio Grande do Sul e São Paulo.

O tipo de estudo proposto visa estabelecer em que medida uma intervenção/política está sendo implantada da forma como foi planejada. O artigo foi estruturado em cinco etapas ¹¹: (1) análise da situação inicial; (2) elaboração de modelo lógico da intervenção; (3) seleção de dimensões e critérios a partir do modelo lógico e elaboração de matriz para a avaliação do grau de implantação; (4) atribuição de pontos para cada critério e cálculo da porcentagem referente ao valor máximo possível para cada critério; e (5) classificação do grau de implantação.

A avaliação da situação inicial ocorreu mediante a análise dos documentos referentes à política de saúde da pessoa com deficiência, que culminaram com a instituição da RCPCD e subsidiaram a elaboração do modelo lógico.

Modelo lógico

A utilização de modelos teóricos na pesquisa avaliativa parte da premissa de que toda ação tem uma teoria subjacente a suas operações, uma teoria da ação. Resgatar essa teoria proporciona maior clareza sobre o objeto avaliado ¹².

O modelo lógico foi elaborado por seis pesquisadores do projeto Redecin (grupo A) e avaliado por uma pesquisadora com expertise na construção de modelos lógicos. Baseou-se nas fases e nos atributos extraídos de duas portarias do Ministério da Saúde: a *Portaria nº 4.279*, de 30 de dezembro de 2010 ², que estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do SUS, e a *Portaria nº 793/2012* ⁴, que instituiu a RCPCD, em particular dos artigos 5º ao 9º, que estabelecem as fases e ações para operacionalização da implantação da RCPCD. Esse modelo correspondeu, assim, a uma imagem-objetivo do processo de implantação da RCPCD, conforme definido pela gestão federal.

O modelo lógico proposto (Figura 1) foi estruturado em três partes: fases de implantação, ações elencadas como inerentes a cada fase, e resultados intermediários e finais esperados com a implantação da política em questão.

A imagem-objetivo do processo de implantação da RCPCD segue as quatro fases previstas na *Portaria nº 793/2012*.

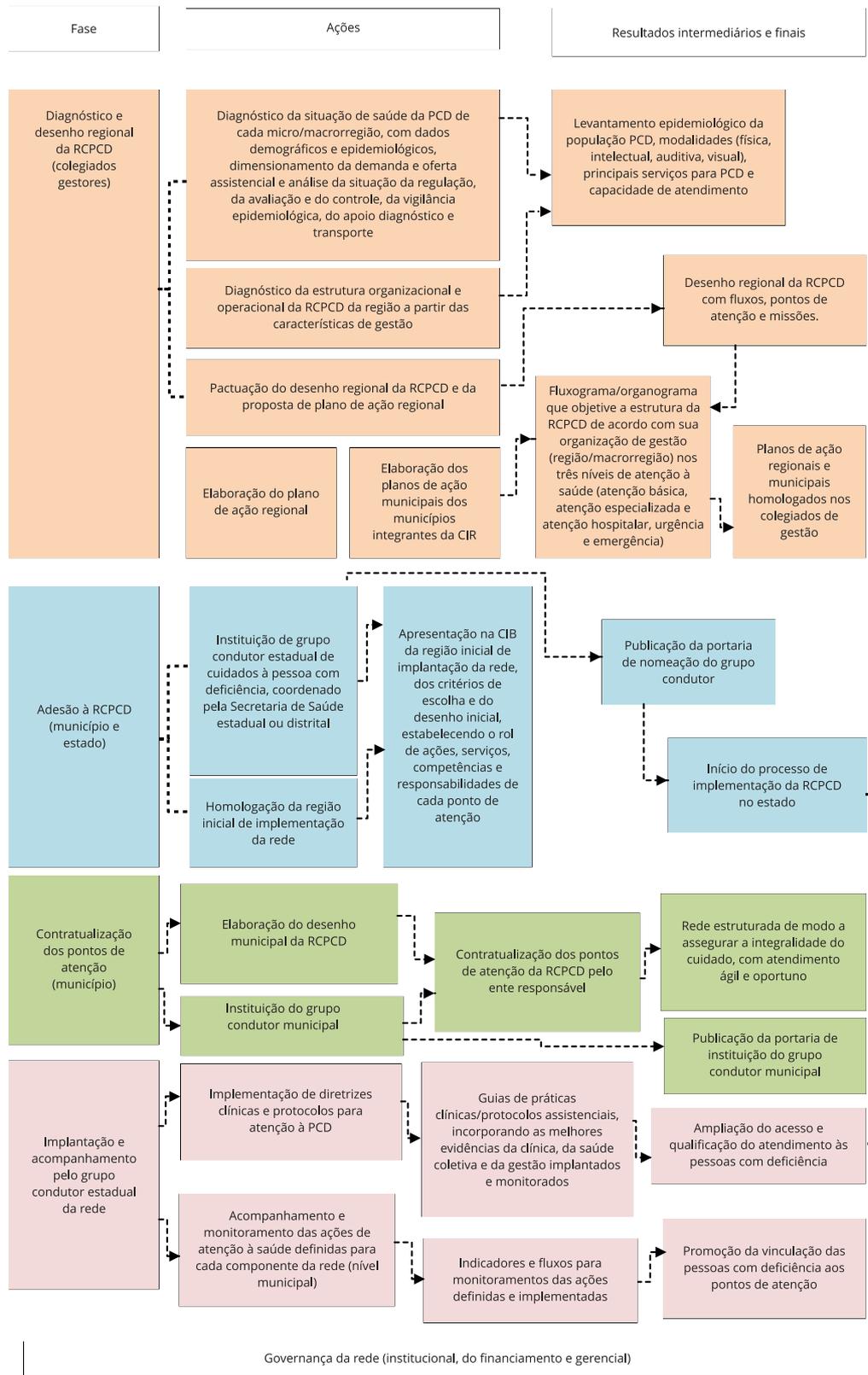
A fase I do processo da operacionalização da implantação da RCPCD consiste no “diagnóstico e desenho regional da rede”, estruturado em quatro ações: apresentação da RCPCD; realização do diagnóstico e situação de saúde, considerando as necessidades das pessoas com deficiência; programação do desenho regional da rede, planejando os cuidados a serem ofertados para os usuários nessa condição; e elaboração dos planos de ação regionais e municipais. Um diagnóstico preciso da situação de saúde depende de sistemas de informação em saúde claros, alimentados de forma contínua e organizados em indicadores, parâmetros, painéis e observatórios ¹².

Além do diagnóstico, o desenho da rede também é importante para mapeamento das demandas e dos avanços no processo de implantação da RCPCD. Uma rede bem desenhada colabora para reduzir os custos, melhorar a cobertura dos vazios assistenciais e a atenção prestada ¹³. As redes devem ser desenhadas de acordo com os territórios definidos, o que é um grande desafio devido às características do sistema, como extrapolação de fronteiras e da mescla de público e privado na oferta de serviços ¹⁴. Os desenhos da rede costumam focar o levantamento de serviços especializados, que oferecem reabilitação física, visual, auditiva e/ou intelectual, mas não se comunicam com os outros pontos da rede, prejudicando a oferta da atenção integral ¹⁵.

A adesão à RCPCD, segunda fase do processo de implantação, compreende a instituição do grupo condutor estadual e a pactuação e homologação da região inicial de implementação da rede na Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Essa fase remete aos espaços de governança da rede. A *Portaria nº 4.279/2010* define que as redes de atenção devem ter um sistema de governança único, com o propósito de criar missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde, organizado em governança institucional, gerencial e de financiamento. A governança institucional inclui Comissões Intergestoras Regionais (CIR), CIB e Comissão Intergestora Tripartite (CIT), além do Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP) como importante instrumento para governança sistêmica do SUS. Os grupos condutores fazem parte da governança gerencial das redes e a governança financeira é determinada pelos planos de ação regionais ¹⁶.

Figura 1

Modelo lógico da implantação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPCD).



CIB: Comissão Intergestores Bipartite; CIR: Comissões Intergestoras Regionais; PCD: pessoas com deficiência.

A terceira fase corresponde à contratualização dos pontos de atenção da RCPCD. Trata-se de uma estratégia de coordenação administrativa, baseada na cooperação, que estabelece novas bases de relacionamento na gestão pública, maior eficácia e eficiência no desempenho dos agentes públicos e seus parceiros, além de maior efetividade dos resultados. É um modo de pactuação da demanda quantitativa e qualitativa com definição clara de responsabilidades, objetivos de desempenho, resultando em um compromisso entre ambas as partes ^{2,5,17}.

A contratualização deve ocorrer no âmbito da região de saúde, seguindo critérios de adscrição da população estratificada por grau de risco e abordando os diversos estabelecimentos de saúde ⁵. Uma forma de contratualização entre gestores do SUS é o COAP, um acordo político-estratégico tripartite, celebrado entre os gestores de saúde dos municípios de uma mesma região de saúde, o gestor estadual e o gestor federal, no qual são definidos, de forma colaborativa, as responsabilidades e os recursos financeiros de cada ente para a organização e a integração das ações e serviços, visando garantir a integralidade da assistência ¹⁷.

A última fase da operacionalização da implantação da RCPCD é a implantação e o acompanhamento pelo grupo condutor estadual da RCPCD. Os grupos condutores são responsáveis pelo acompanhamento da implementação da rede e pelas articulações com os atores envolvidos, públicos ou privados ¹⁶. As ações previstas para essa etapa incluem a implementação de diretrizes e protocolos clínicos e o acompanhamento das ações de atenção à saúde definidas para cada componente da rede. A utilização de diretrizes nas redes de atenção serve de base para a tomada de decisão de forma articulada, orienta as linhas de cuidado e viabiliza a comunicação entre equipes e serviços, programação de ações e padronização de determinados recursos ². Os protocolos são recomendações sistematicamente desenvolvidas com o objetivo de prestar os cuidados apropriados em relação a partes do processo de uma condição de saúde e em um ponto de atenção à saúde determinado ¹⁸.

O acompanhamento da RCPCD envolve o monitoramento rotineiro, sistemático e contínuo do processo de implantação dos indicadores de saúde visando obter informações relevantes para subsidiar tomada de decisões. No monitoramento, verifica-se a realização das atividades para implantação da RCPCD. Já a avaliação verifica valores e méritos de programas e políticas, ampliando a compreensão da rede ¹⁹.

Construção da matriz de medidas para avaliação da implantação

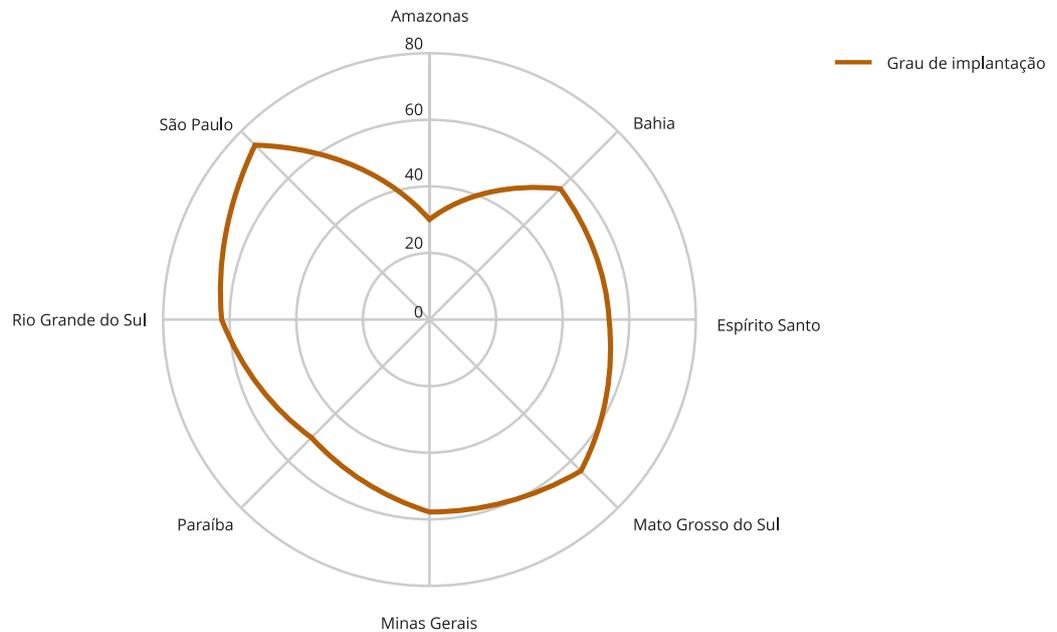
O grupo A definiu os critérios para cada uma das fases da implantação, conforme estabelecido na *Portaria nº 793/2012* ⁴. Em etapas seguintes, participaram outros dois grupos do projeto Redecin Brasil, constituídos por pesquisadores com larga experiência na temática deficiência: seis docentes e cinco pós-graduandos inseridos na RCPCD (grupos B e C). O grupo B procedeu à atribuição de pontuações a cada um desses critérios. Em seguida, o grupo C revisou os critérios e as pontuações atribuídas, tendo como base o estudo de Vieira-da-Silva et al. ²⁰. Por fim, a versão da matriz foi submetida a uma conferência de consenso para que os pesquisadores debatessem e chegassem a um acordo sobre a pontuação, o peso de cada fase no processo de implantação e os critérios definidos.

Após esse consenso, a versão final da matriz de medidas foi disponibilizada para a aplicação, contendo quatro dimensões com duas subdimensões cada, totalizando oito subdimensões com seus critérios e uma pontuação total máxima de 240 pontos, conforme Figura 2. Essa pontuação foi dividida em quartis: a pontuação de 0%-25% do total corresponde a um nível “não implantado”; 26%-50%, “implantação incipiente”; 51%-75%, “intermediária”; e 76%-100%, “implantação avançada”.

A matriz foi aplicada em cada estado pelo grupo local de pesquisadores e preenchida a partir de informações coletadas em análise documental (planos de ação regionais, portarias/resoluções/CIB/CIR, atas de reuniões, relacionados à RCPCD do período de 2012 a 2018) e por meio de 23 entrevistas com membros do grupo condutor estadual e/ou coordenadores da área técnica da pessoa com deficiência. Posteriormente, constituiu-se, entre os pesquisadores, um comitê de três avaliadores, que realizou discussão e alinhamento com os representantes da matriz aplicada em cada estado. Após esse alinhamento, os representantes responsáveis pela aplicação da matriz de medidas em cada estado apresentaram o resultado da avaliação ao grupo condutor estadual da RCPCD como forma de discutir e referendar a pontuação atribuída e ter a garantia de que todas as fontes de informações disponíveis foram consideradas na avaliação.

Figura 2

Grau de implantação (%) da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em oito estados brasileiros, 2022.



Resultados

Características sociodemográficas e desenho regional de organização da RCPCD dos estados-caso

Os oito estados apresentam perfis diferentes em vários aspectos. Há estados populosos, como São Paulo e Minas Gerais, e alguns com menos de 5 milhões de habitantes, como Amazonas, Espírito Santo, Paraíba e Mato Grosso do Sul. Rio Grande do Sul e Bahia foram os estados com maior porcentagem de pessoas com deficiência, 9,8% e 6,3%, respectivamente, enquanto Espírito Santo foi o estado com menor porcentagem (3,1%), segundo a *Pesquisa Nacional de Saúde* (PNS) de 2013²¹. O Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) da maioria foi próximo a 0,7 (Bahia com 0,714 e Minas Gerais e Rio Grande do Sul com 0,787), apenas São Paulo com 0,826.

O desenho regional de organização da RCPCD foi diferente entre os estados: quatro em macrorregiões de saúde e quatro em regiões de saúde. Com relação aos planos de ação da RCPCD, três estados construíram os planos de ação regionais (São Paulo, Paraíba e Rio Grande do Sul) e cinco estados optaram pela construção de um plano de ação estadual (Amazonas, Bahia, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais), contemplando as regiões/macrorregiões de saúde (Tabela 1).

O grau de implantação da RCPCD

O grau de implantação foi classificado como intermediário (variação de 50,2% a 73,8%) em sete estados, sendo os maiores percentuais alcançados por São Paulo, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul. Apenas o Estado do Amazonas ficou na categoria “incipiente” (30,2%). Há diferenças importantes a respeito das dimensões entre os estados. A dimensão “adesão à rede” teve pontuação máxima (100%) para Minas Gerais, São Paulo, Mato Grosso do Sul e Bahia, enquanto a dimensão “diagnóstico e dese-

Tabela 1

Características sociodemográficas e desenho regional de organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) de oito estados do Brasil.

Características/Estados	População *	Prevalência de pessoas com deficiência (%) **	IDH ***	Desenho regional para organização da RCPCD	Elaboração dos planos de ação da RCPCD
Amazonas	4.269.995	5,10	0,733	9 Regiões de Saúde	Estadual
Bahia	14.985.284	6,30	0,714	28 Regiões de Saúde	Estadual
Espírito Santo	4.108.508	3,10	0,772	3 Regiões de Saúde	Estadual
Mato Grosso do Sul	2.839.188	5,50	0,766	4 Macrorregiões de Saúde	Estadual
Minas Gerais	21.411.923	5,10	0,787	14 Macrorregiões de Saúde	Estadual
Paraíba	4.059.905	5,40	0,722	16 Regiões de Saúde	Regional
Rio Grande do Sul	11.466.630	9,80	0,787	7 Macrorregiões de Saúde	Regional
São Paulo	46.649.132	5,70	0,826	17 Macrorregiões de Saúde	Regional

IDH: Índice de Desenvolvimento Humano.

 * Estimativa da população do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para 2021 ³⁰;

 ** Segundo a *Pesquisa Nacional de Saúde* 2013 ²¹;

 *** Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento ³¹ (PNUD).

Desenho regional da RCPCD” teve desempenho variado na implantação (48,8% a 86,4%). A “contratualização dos pontos de atenção” teve classificação entre incipiente e intermediária, com distinção positiva para Minas Gerais e negativa para Amazonas. Já a dimensão “implantação e acompanhamento pelo grupo condutor estadual” de forma mais sistemática praticamente não ocorreu, com exceção do Rio Grande do Sul, que apresentou implantação avançada (Tabela 2, Figuras 2 e 3).

Analisando os escores obtidos nas subdimensões, verifica-se que, com relação ao “diagnóstico da situação de saúde” e ao “desenho da rede e elaboração dos planos de ação”, que pertencem à dimensão “diagnóstico e desenho regional da RCPCD”, mais da metade dos estados obtiveram minimamente a classificação de implantação intermediária, com mediana (intervalo interquartil – IIQ) da porcentagem da pontuação de 64,6% (31,8) e 67,5% (24,1), respectivamente. Na dimensão “adesão à RCPCD”, todos os estados atingiram a classificação de implantação avançada na subdimensão “instituição do grupo condutor” e metade dos estados alcançaram tal classificação na subdimensão “pactuação e homologação na CIB”, com mediana das porcentagens de 100% (0,0) e 83,3% (50), respectivamente, evidenciando que essa dimensão teve maior adesão dos estados participantes.

Na dimensão “contratualização dos pontos de atenção”, mais da metade dos estados atingiram pelo menos a classificação de implantação intermediária na subdimensão “contratualização”, com mediana (IIQ) da porcentagem de 66,7% (31,3). Quase todos, à exceção do Estado do Rio Grande do Sul, obtiveram a classificação “não implantado” na subdimensão “desenho da rede e grupos condutores municipais”, com mediana (IIQ) da porcentagem de 0,0% (25,0). Na dimensão “implantação e acompanhamento pelo grupo condutor”, mais da metade dos estados obtiveram implantação incipiente na subdimensão “diretrizes clínicas e protocolos”, com mediana (IIQ) da porcentagem da pontuação atingida de 37,5% (81,3). Mais da metade dos estados apresentaram a classificação não implantada na subdimensão “acompanhamento da RCPCD”, com mediana (IIQ) da porcentagem de 14,1% (19,5), tendo divergido somente o Estado do Rio Grande do Sul, que alcançou a classificação de implantação avançada nessas duas subdimensões. Esses resultados evidenciam que as subdimensões das dimensões III e IV foram as que os estados encontraram maiores dificuldades em implantar.

Discussão

A maioria dos estados elaborou o plano de ação estadual, sem cumprir a etapa de elaboração dos planos de ação regionais, que deveria anteceder o plano estadual, em uma lógica ascendente. A perspectiva das RAS é orientada pela regionalização. A região de saúde é um dos fundamentos e ele-

Tabela 2

Grau de implantação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPCD) em oito estados brasileiros, 2022.

Dimensão e subdimensão	Amazonas	Bahia	Espírito Santo	Mato Grosso do Sul	Minas Gerais	Paraíba	Rio Grande do Sul	São Paulo
Diagnóstico e desenho regional da RCPCD	48,9 *	49,4 *	68,2 **	81,8 ***	46,6 *	77,3 ***	58,4 *	86,4 ***
Diagnóstico da situação de saúde	50	41,7	58,3	83,3	43,8	79,2	70,8	91,7
Desenho da rede e elaboração dos planos de ação	47,5	58,8	80,0	80,0	62,5	72,5	43,6	80,0
Adesão à RCPCD	29,7 #	100,0 ***	75,0 **	100,0 ***	100,0 ***	51,6 *	68,8 *	100,0 ***
Instituição do grupo condutor	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Pactuação e homologação na CIB	6,2	100,0	66,7	100,0	100,0	25	58,3	100,0
Contratualização dos pontos de atenção	9,4 #	46,9 *	62,5 **	50,0 *	75,0 **	15,6 #	65,6 **	59,4 **
Contratualização	4,2	62,5	83,3	58,3	83,3	20,8	70,8	79,2
Desenho da rede e grupo condutor municipal	25,0	0,0	0,0	25,0	0,0	0,0	50,0	0,0
Implantação e acompanhamento pelo grupo condutor estadual	13,4 #	21,4 #	3,6 #	5,4 #	25,0 #	31,2 **	80,4 ***	32,1 *
Diretrizes clínicas e protocolos	0,0	75,0	25,0	0,0	100,0	50,0	100,0	0,0
Acompanhamento e monitoramento da RCPCD	15,6	12,5	0,0	6,3	12,5	28,1	77,1	37,5
Grau de implantação	30,2 *	56,0 **	54,2 **	64,6 **	57,9 **	51,4 **	62,3 ***	73,8 ***

CIB: Comissão Intergestores Bipartite.

* Incipiente;

** Intermediário;

*** Avançado;

Não implantado.

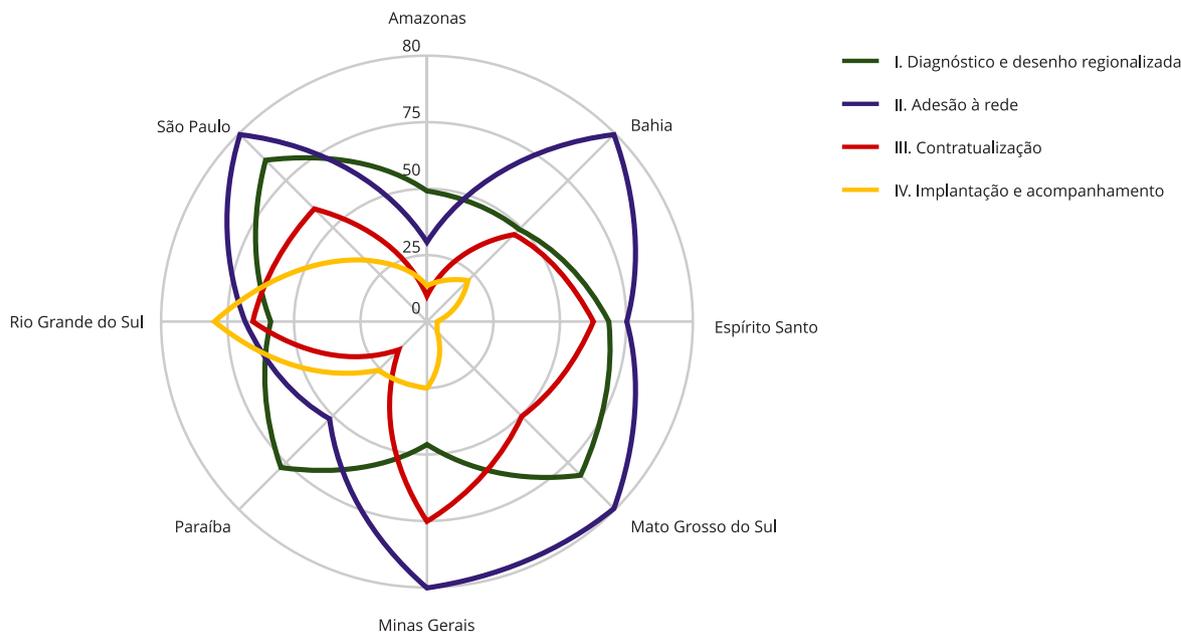
mentos constitutivos, primordial na organização das redes. Assumindo como um dos seus objetivos responder positivamente às necessidades de saúde de determinada população, a construção das RAS exige a divisão territorial adequada por meio da consolidação das regiões de saúde¹⁸. A construção de planos de ação estaduais não garante o protagonismo das regiões de saúde, embora contemple esses locais, assim como pode desconsiderar suas especificidades, ocasionando a implantação de uma rede incompatível com as demandas.

A prevalência de pessoas com deficiência e o IDH dos estados parecem não ter impactado no resultado da implantação da RCPCD, o que pode ter comprometido a definição de ações e a pactuação dos serviços necessários para esse público.

A avaliação de implantação da RCPCD dos oito estados investigados aponta que prevaleceu o grau intermediário em relação à imagem-objetivo delineada, ou seja, os estados conseguiram implantar, mas nenhum cumpriu todo o processo proposto pela portaria. O Amazonas, único estado com implantação incipiente, passou por sucessivas trocas na gestão estadual durante o período estudado, com consequentes interrupções no processo de implantação, o que provavelmente influenciou o resultado.

Figura 3

Grau de implantação (%) da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência em cada dimensão do processo, Brasil, 2022.



Entre as fases previstas para a operacionalização, a que se mostrou mais efetiva foi a “adesão à rede”, com a instituição do grupo condutor e pactuação e homologação na CIB. Tal fase é imprescindível para a governança da rede: “(...) com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações” 2.

A instituição do grupo condutor traduz a governança gerencial da RCPCD. A pactuação e homologação na CIB, reconhecida como uma instância gestora institucional, é parte da governança sistêmica do SUS 16. Nessa fase do processo, deveria ser planejada a região inicial de implantação da rede, com definição de critérios de escolha, desenho inicial com o rol de ações a serem desenvolvidas e serviços ofertados, bem como as competências de cada ponto de atenção, com homologação na CIB. Nesse período de implantação da RCPCD, havia uma demanda da Coordenação-Geral de Saúde da Pessoa com Deficiência (CGSPD/MS), em relação a esse planejamento, cujo resultado deveria ser enviado ao Ministério da Saúde. Apesar de terem pactuado a região inicial de implantação, metade dos estados não conseguiram homologar esse planejamento na CIB.

A despeito de a Portaria nº 793/2012 prever a instituição do grupo condutor na segunda fase do processo de implantação, observou-se em todos os estados que eles foram constituídos na fase inicial do processo e tiveram um protagonismo importante na elaboração dos planos de ação 22. Essa atuação guarda coerência com o documento do Ministério da Saúde que orienta a implantação das RAS 16, segundo o qual os grupos condutores são espaços em que os diagnósticos são construídos, as prioridades são estabelecidas e os desenhos das redes são elaborados.

Embora a construção do “diagnóstico e desenho regional da rede” tenha obtido implantação intermediária, apresenta fragilidades, contrariando a lógica da oferta de serviços em redes. Há dificuldades no uso das informações acerca da situação de saúde para o planejamento das ações, muitas vezes pela indisponibilidade de detalhamento dos indicadores e pela ausência de uma cultura de sua

análise para tomada de decisões¹². Observa-se que os estados focam o diagnóstico na oferta de serviços em detrimento da demanda das pessoas com deficiência, além de centrarem a análise nos serviços especializados, desconsiderando outros pontos da rede, como a atenção básica e os serviços de urgência e emergência. Um elemento que pode ter influenciado é que o financiamento previsto estava direcionado para a construção e habilitação de CER, oficinas ortopédicas e centros de especialidades odontológicas, o que pode ter direcionado o olhar dos gestores para esses serviços na elaboração dos planos de ação. Um diagnóstico em saúde, com base no território ou região de saúde, deve considerar as áreas de atuação de todos os serviços disponíveis, além de informações sobre ambiente, população e dinâmica social, bem como as relações horizontais entre os serviços²³. Observa-se na análise da situação de saúde que a maioria dos estados enfatizou a identificação dos serviços especializados disponíveis, sem articulação com os demais pontos da rede, havendo insuficiência de informações mais precisas acerca das necessidades de saúde das pessoas com deficiência, o que pode ter comprometido esse diagnóstico enquanto ferramenta de gestão.

Referente à terceira fase da implantação, alguns estados avançaram na contratualização, enquanto outros tiveram desempenho incipiente. As limitações identificadas no “desenho regional da rede”, restringindo-o aos serviços especializados, agravam-se nessa fase, com lacunas relacionadas à contratualização desses serviços, além dos serviços nos demais pontos da rede. A RCPCD se caracteriza a partir do serviço especializado, comprovado pelo aporte financeiro realizado pela União e considerando que os demais pontos de atenção não são específicos para as pessoas com deficiência.

Essa fragilidade na contratualização pode impactar o funcionamento da RCPCD, impossibilitando que as regiões de saúde garantam o acesso das pessoas com deficiência aos serviços dos quais necessitam. A negociação contratual é relevante para o alcance da equidade regional, proporcionando o estabelecimento de laços de colaboração entre poder público e agentes sociais, de forma consensual e em uma perspectiva de solidariedade sistêmica, regionalizada, visando à integralidade da atenção à saúde¹⁷.

Tal estratégia é de particular importância para os municípios de pequeno porte, que constituem cerca de 70% na realidade brasileira²⁴, uma vez que não dispõem de capacidade instalada e contam com pouco financiamento, devendo planejar e programar as ações e os serviços necessários para atender à população a partir da contratualização.

Mesmo nos estados que avançaram na contratualização dos pontos de atenção, não foram encontradas, nos documentos analisados da maioria deles, as formas de contratualização. Particularmente, não foi identificado o instrumento legal de reforço para a governança sistêmica da rede, o COAP, sendo única exceção o Estado do Rio Grande do Sul, em que se identificou a presença desses contratos em alguns municípios. O COAP atua como um mecanismo de fortalecimento e concretização da governança regional do SUS e permite a integração das atividades e dos serviços, garantindo o atendimento às necessidades de saúde.

Outro aspecto a ser considerado é que a contratualização deve resultar na fixação de critérios e instrumentos de acompanhamento e avaliação de resultados, metas e indicadores definidos⁵. Essa indefinição em relação ao acompanhamento e à avaliação na fase de contratualização parece ter impactado a realização dessas ações pelos grupos condutores, o que resultou no baixo desempenho dos estados na fase IV da implantação.

Com relação à instituição do grupo condutor municipal, nenhum dos estados cumpriu esse quesito. Essa lacuna também vem sendo identificada em outras redes temáticas, conforme verificou-se em um estudo sobre a Rede Cegonha, que encontrou grupo condutor municipal formalizado somente em um dos quatro municípios estudados²⁵. A constituição desses grupos poderia potencializar as ações da RCPCD, conforme destaca Mesquita²⁶, ressaltando a importância dos grupos condutores municipais para capilarização da Rede Cegonha. Todavia, faz-se necessário reconhecer a dificuldade de formação e funcionamento desses grupos em todos os municípios, considerando-se a pouca disponibilidade de pessoal qualificado na temática da pessoa com deficiência.

A dimensão 4 de “implantação e acompanhamento pelo grupo condutor estadual”, correspondendo ao monitoramento e à avaliação das ações, foi incipiente nos estados, com exceção do Rio Grande do Sul, que teve como uma subdimensão a implementação de diretrizes clínicas e protocolos para a atenção à pessoa com deficiência. Embora o Ministério da Saúde tenha publicado 14 diretrizes clínicas e protocolos direcionados para a RCPCD entre 2012 e 2014, poucos estados as implementaram.

Além de não implementá-las, os estados também não estabeleceram outras. As diretrizes terapêuticas e os protocolos clínicos propõem critérios baseados em evidência para o diagnóstico da doença ou do agravo à saúde, manejo terapêutico, mecanismos de controle e acompanhamento dos resultados terapêuticos²⁷. A falta da implantação das diretrizes terapêuticas e dos protocolos clínicos pode ter impactado a carência e a dificuldade no acompanhamento e no monitoramento da RCPCD, propiciando dificuldade de estabelecer indicadores e avaliar seu desempenho.

A indefinição de instrumentos e critérios de acompanhamento, metas e indicadores verificada na contratualização, somada à não implementação de diretrizes clínicas, possivelmente contribuiu para a não implantação dessas ações.

Preveem-se, nessa fase, ações de “acompanhamento e monitoramento da RCPCD” pelo grupo condutor. Durante o período analisado, constatou-se que os grupos condutores lideraram o processo de construção dos planos de ação, mas não cumpriram com as atribuições de monitoramento e avaliação que lhes foram designadas pela *Portaria nº 793/2012*. A própria Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde reconhece o desafio de monitoramento e avaliação dos resultados com apropriados sistemas de informação¹⁶. Mesmo no Rio Grande do Sul, onde verificou-se melhor avaliação para acompanhamento e monitoramento, constata-se que prevalece o acompanhamento de metas e atribuições proposto nos contratos de prestação de serviços privados e/ou sem fins lucrativos, com maior dificuldade de acompanhamento dos entes públicos. Registra-se que há monitoramento das produções quantitativas dos serviços, especialmente da atenção básica e especializada, por meio da Central de Regulação do Estado. No entanto, ainda existem lacunas quanto ao monitoramento dos indicadores da atenção hospitalar, urgência e emergência, ações relacionadas à pessoa com deficiência, bem como acompanhamento dos usuários que acessam o serviço.

Embora as redes temáticas de atenção à saúde tenham uma lógica comum na conformação das portarias que as instituem, incluindo as fases para implementação e as etapas necessárias para o cumprimento de cada fase, no tocante ao monitoramento e à avaliação, observa-se ausência de indicadores de desempenho da RCPCD, diferentemente de outras redes, conforme consta no Sistema de Informação da Atenção Básica e no Programa de Monitoramento e Avaliação da Qualidade²⁸.

Nas portarias que instituem a Rede Cegonha, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências e a Rede de Atenção Psicossocial, estão previstos indicadores de desempenho, com definição das ações para qualificação dos componentes da rede e sua certificação, avaliação do cumprimento das metas e ações⁵. A instituição da RCPCD não prevê uma fase dedicada à avaliação das ações e ao cumprimento de metas, somente atribui aos grupos condutores estaduais e municipais o monitoramento e a avaliação, representando lacuna na portaria. Assim, além da ausência de indicadores de avaliação e monitoramento, a falta da instituição dos grupos condutores municipais nas regiões estudadas pode ter dificultado a implementação de iniciativas voltadas ao acompanhamento e à avaliação das ações da rede.

Apesar das tentativas de institucionalização da avaliação no SUS, o processo ainda é incipiente. A inserção da avaliação na rotina dos serviços somente se dará por meio da implantação de uma cultura avaliativa, explicitando a perspectiva útil da avaliação, que possibilite a inclusão/interferência dos diferentes grupos envolvidos, incluindo profissionais, usuários, gestores e prestadores, potencializando e renovando a avaliação no cotidiano^{19,29}. Muitos desafios precisam ser superados, como a baixa capacidade gestora de acompanhar os processos da rede, bem como o monitoramento e a avaliação dos resultados por meio de sistemas de informação que possibilitem a integração e o fluxo de informações entre os pontos de atenção que impactam diretamente os processos de avaliação das RAS¹⁶.

Assim, consideramos que o processo de operacionalização da implantação da RCPCD se concretizou nos estados analisados, mesmo com as diferentes condições e escolhas do processo da condução de cada fase. Os resultados deste estudo podem contribuir para subsidiar os estados participantes a compreender em que medida a RCPCD foi implantada da forma como foi planejada¹¹, além de ter a possibilidade de aplicar a avaliação de implantação nos demais estados brasileiros. Dessa forma, propicia que a governança da RCPCD continue com sua implantação com mais propriedade e assertividade para consolidar o cuidado integral à saúde das pessoas com deficiência.

Reconhece-se como limitação do estudo o modelo lógico ter sido construído baseado nos marcos legais da implantação da RCPCD com as fases de operacionalização listadas na *Portaria nº 793/2012*. Dessa forma, não foram consideradas as ações e estratégias preconizadas para implantação de cada

componente da rede. Outra limitação é a ausência de representação da sociedade civil entre os entrevistados para a compreensão do processo de implantação da política na perspectiva desses outros atores. Por fim, foram estudados apenas oito estados do Brasil, com pelo menos um de cada região do país.

Considerações finais

A matriz de medidas permitiu avaliar o grau de implantação da RCPCD em consonância com o que estabelecem a *Portaria nº 793/2012* e a *Portaria de Consolidação nº 03/2017*. O reconhecimento dos resultados do grau de implantação pelos grupos condutores e representantes da área técnica estadual referendou o uso da matriz e favoreceu maior aplicabilidade com potencial para uso na realidade local pela governança da RCPCD.

Os resultados das avaliações do grau de implantação revelaram discrepâncias entre os estados, sobretudo no Amazonas, que apresentou grau de implantação incipiente em relação aos demais, os quais obtiveram grau intermediário, entretanto, com diferenças importantes na avaliação de cada fase desse processo.

Com relação às fases de operacionalização, a adesão à rede foi um componente bem implantado na maioria dos estados, o que eleva a pontuação geral da avaliação, porém, como se trata de uma fase mais deliberativa, não necessariamente reflete de forma positiva nas demais fases.

Essa matriz pode ser utilizada para avaliar a operacionalização da RCPCD nos demais estados da federação ou nas regiões de saúde. Entretanto, faz-se necessário proceder aos rearranjos para as especificidades de cada contexto no que diz respeito às evidências a serem consideradas para a análise.

Uma vez que a rotatividade dos atores que conduzem o processo de implantação da RCPCD implicou descontinuidade do processo, conforme verificou-se nos estados analisados em relação aos membros dos grupos condutores estaduais, estudos futuros devem investigar de forma mais aprofundada essa relação.

Algumas recomendações se fazem necessárias para aprimorar a implantação da RCPCD nos estados: fortalecer a regionalização, garantindo mais protagonismo para as regiões de saúde em todo o processo; instituir grupos condutores regionais a fim de assegurar a capilaridade dos atores na rede; garantir mecanismos de contratualização com definição de critérios, indicadores para avaliação e monitoramento das ações da RCPCD; e estabelecer normas para certificação dos pontos de atenção.

Novos estudos de avaliação da RCPCD que utilizem modelo lógico para cada um dos níveis de atenção e suas respectivas atribuições no processo de implantação, bem como pesquisas que incorporem a representação do segmento da sociedade civil organizada entre os atores entrevistados, podem contribuir para a compreensão do processo de implantação da política.

Colaboradores

K. S. Q. S. Ribeiro contribuiu com a concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação e revisão do texto; e aprovou a versão final. J. H. S. Saldanha contribuiu com a concepção do trabalho, redação e revisão do texto; e aprovou a versão final. Â. K. Zanela contribuiu com a concepção do trabalho e redação; e aprovou a versão final. F. P. Ferrari contribuiu com a concepção do trabalho e redação; e aprovou a versão final. G. K. F. Freitas contribuiu com a concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados e redação; e aprovou a versão final. R. B. Barroso contribuiu com a análise e interpretação dos dados, redação e revisão do texto; e aprovou a versão final. S. L. A. Silva contribuiu com a concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados e redação; e aprovou a versão final. S. C. L. Chaves contribuiu com a análise e interpretação dos dados e revisão do texto; e aprovou a versão final. V. S. Aquino contribuiu com a concepção do trabalho, redação e revisão do texto; e aprovou a versão final. A. C. B. Schmitt contribuiu com a concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação e revisão do texto; e aprovou a versão final. T. G. Fernandes contribuiu com a concepção do trabalho, análise e interpretação dos dados, redação e revisão do texto; e aprovou a versão final.

Informações adicionais

ORCID: Kátia Suely Queiroz Silva Ribeiro (0000-0003-4647-6496); Jorge Henrique Santos Saldanha (0000-0001-9883-6962); Ângela Kemel Zanela (0000-0001-5363-2173); Fernando Pierette Ferrari (0000-0002-8867-9833); Grace Kelly Filgueiras Freitas (0000-0002-6720-9947); Ralf Braga Barroso (0000-0001-8612-8328); Silvia Lanzotti Azevedo da Silva (0000-0002-2323-2029); Sônia Cristina Lima Chaves (0000-0002-1476-8649); Victor da Silva Aquino (0000-0002-2342-9884); Ana Carolina Basso Schmitt (0000-0003-3685-6735); Tiótreffis Gomes Fernandes (0000-0002-8563-9529).

Agradecimentos

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e ao Ministério da Saúde pelo financiamento do projeto *Avaliação da Rede de Cuidados Integral à Pessoa com Deficiência no SUS – Redecin Brasil* (processo nº 442788/2018-5) e à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (Fapeam) pelo financiamento da bolsa de doutorado de V. A. Silva.

Referências

1. Campos MF, Souza LAP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface (Botucatu)* 2015; 19:207-10.
2. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). *Diário Oficial da União* 2010; 31 dez.
3. Súmula do programa “Viver Sem Limite”: plano nacional dos direitos da pessoa com deficiência. *Cad CEDES* 2014; 34:263-6.
4. 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. *Diário Oficial da União* 2012; 25 abr.
5. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União* 2017; 3 out.
6. Dubow C, Garcia EL, Krug SBF. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. *Saúde Debate* 2018; 42:455-67.
7. Dias TEC, Friche AAL, Lemos SMA. Percepção quanto à qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. *CoDAS* 2019; 31:e20180102.
8. Valentim RS, Dantas THM, Machado FCA, Araújo CM, Silva MS, Castaneda L, et al. Construção e validação de modelo lógico para Centros Especializados em Reabilitação. *Rev Saúde Pública* 2021; 55:54.
9. Dalfior ET, Lima RCD, Andrade MAC. Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde. *Saúde Debate* 2015; 39:210-25.
10. Ribeiro KSQS, Barroso RB, Ramos BG, Ferrari FP, Saldanha JHS, Silva SLA, et al. *Redecin Brasil: a construção metodológica de um estudo multicêntrico para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência*. *Interface (Botucatu)* 2021; 25:e200767.
11. Vieira-da-Silva LM. *Avaliação de políticas e programas de saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2014.
12. Tanaka OY, Ribeiro EL, Almeida CAL. *Avaliação em saúde: contribuições para incorporação no cotidiano*. Rio de Janeiro: Atheneu; 2017.
13. Damaceno AN, Lima MADS, Pucci VR, Weiller TH. Redes de atenção à saúde: uma estratégia para integração dos sistemas de saúde. *Rev Enferm UFSM* 2020; 10:e14.
14. Landim ELAS, Guimarães MCL, Pereira APCM. Rede de Atenção à Saúde: integração sistêmica sobre a perspectiva da macrogestão. *Saúde Debate* 2019; 43:161-73.
15. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. *Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. p. 69-86.

16. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
17. Fundação Oswaldo Cruz. Contratualização de desempenho institucional no SUS: aspectos gerais. Brasília: Fundação Oswaldo Cruz/ Editora Saberes; 2018.
18. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
19. Oliveira RO, Grabois V, Mendes Junior WV, organizadores. Qualificação dos gestores do SUS. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz; 2011.
20. Vieira-da-Silva LM, Hartz ZMA, Chave SCL, Silva GAP, Paim JS. Análise da implantação da gestão descentralizada em saúde: estudo comparado de cinco casos na Bahia, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23:355-70.
21. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde, 2013: ciclos de vida. Brasil e grandes regiões. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2015.
22. Ribeiro KSQS, Freitas GKF, Coutinho GC, Batiston AP, Tavares LRC, Almeida MMC, et al. Os grupos condutores na governança e implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS. *Physis (Rio J.)* 2022; 32:e320221.
23. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cad Saúde Pública* 2005; 21:898-906.
24. Silva JFM. Regionalização e cooperação nas estratégias de contratualização no SUS [Tese de Doutorado]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2022.
25. Fernandes RZS, Vilela MFG. Estratégias de integração das práticas assistenciais de saúde e de vigilância sanitária no contexto de implementação da Rede Cegonha. *Ciênc Saúde Colet* 2014; 19:4457-66.
26. Mesquita LP. A educação permanente em saúde para a institucionalização de uma rede-ri-zoma [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2016.
27. Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas. v. 3. Brasília: Ministério da Saúde; 2014.
28. Ministério da Saúde. Qualificação dos indicadores do manual instrutivo para as equipes de atenção básica e NASF. Brasília: Ministério da Saúde; 2015.
29. Felisberto E, Freese E, Natal S, Alves CKA. Contribuindo com a institucionalização da avaliação em saúde: uma proposta de auto-avaliação. *Cad Saúde Pública* 2008; 24:2091-102.
30. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Cidades e Estados. <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados.html?view=municipio> (acessado em 01/Out/2022).
31. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Radar IDHM: evolução do IDHM e de seus índices componentes no período de 2012 a 2017. https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9150/1/Radar%20IDHM_evolu%C3%A7%C3%A3o%20do%20IDHM%20e%20de%20seus%20%C3%Adndices%20componentes%20no%20per%C3%Adodo.pdf (acessado em 01/Out/2022).

Abstract

The Care Network for People with Disabilities (RCPCD) was implemented in 2012 as a consequence of the actions of the *Viver sem Limite* (Living without Limits) plan and has been the research object of recent studies. However, no published studies address the degree of implementation of this network. This study aimed to evaluate the degree of implementation of the RCPCD in eight states in the five regions of Brazil. This multiple case study performed evaluative research of the degree of implementation of the RCPCD in the states of Amazonas, Bahia, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Rio Grande do Sul, and São Paulo. A logical model of the policy and a measurement matrix were developed. The degree of implementation of seven states was moderate, but Amazonas had an incipient degree of implementation. The evaluation of each stage of the process showed important differences, as the regional diagnosis and network adhesion stages presented moderate to advanced degrees of implementation in most states. In the service contracting stage, no state had an advanced degree of implementation, and the stage of follow-up and monitoring of the RCPCD was not even reached. The measurement matrix helps evaluate the degree of implementation of the RCPCD, and, by recognizing its results, the state steering groups and technical area recommend its use. Actions to improve this implementation, such as strengthening regionalization, establishing regional steering groups, ensuring contracting mechanisms, and defining criteria for certification of the care points, are necessary.

Disabled Persons; Health Evaluation; Health Policy

Resumen

La Red de Atención a Personas con Discapacidad (RCPCD) se implementó en 2012 en el Sistema Único de Salud como resultado de las acciones del Plan *Vivir sin Límite*, y es objeto de una investigación reciente; sin embargo, no hay estudios de evaluación del grado de implementación de esta red. El objetivo de este estudio fue evaluar el grado de implementación de la RCPCD en ocho estados de las cinco regiones geográficas brasileñas. Se realizó un estudio de caso múltiple mediante una investigación evaluativa sobre el grado de implementación de la RCPCD en los estados/casos: Amazonas, Bahia, Espírito Santo, Mato Grosso do Sul, Minas Gerais, Paraíba, Rio Grande do Sul y São Paulo. Para ello, se elaboraron un modelo lógico de la política y una matriz de medidas. El grado de implementación de siete estados se clasificó como moderado, solamente Amazonas obtuvo un grado de implementación incipiente. Se identificaron diferencias importantes en la evaluación de cada fase de este proceso, las fases de diagnóstico regional y adhesión a la red lograron un grado de implementación de moderado a avanzado en la mayoría de los estados. En la fase de contratación de los servicios, ningún estado alcanzó el nivel avanzado de implementación, y la fase de seguimiento y monitoreo de la RCPCD básicamente no se realizó en todos los estados. La matriz de medidas permite evaluar el grado de implementación de la RCPCD, y el reconocimiento de los resultados del grado de implementación por parte de los grupos de dirección y el área técnica de los estados avaló su uso. Son necesarias más acciones para mejorar esta implementación, tales como: fortalecer la regionalización, establecer grupos de dirección regional, garantizar mecanismos de contratación y definir criterios para la certificación de puntos de atención.

Personas con Discapacidad; Evaluación en Salud; Política de Salud

Recebido em 12/Out/2022

Versão final rerepresentada em 06/Mar/2023

Aprovado em 09/Mar/2023