

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUDMILA BARBOSA BANDEIRA RODRIGUES

Adaptação e validação de um instrumento para avaliar a  
coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção  
Primária à Saúde: fase I

RIBEIRÃO PRETO

2013

LUDMILA BARBOSA BANDEIRA RODRIGUES

Adaptação e validação de um instrumento para avaliar a  
coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção  
Primária à Saúde: fase I

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de  
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para  
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa  
de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Práticas, saberes e políticas de  
saúde

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio

Coorientador: Prof. Dr. Luís Miguel Velez Lapão

RIBEIRÃO PRETO

2013

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Rodrigues, Ludmila Barbosa Bandeira

Adaptação e validação de um instrumento para avaliar a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde: fase I. Ribeirão Preto, 2013.

128 p. : il. ; 30 cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio

Coorientador: Prof. Dr. Luís Miguel Velez Lapão

1. Atenção Primária à Saúde.
2. Redes de Atenção à Saúde.
3. Coordenação.
4. Estudos de validação.

RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira

Adaptação e validação de um instrumento para avaliar a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde: fase I

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem Saúde Pública.

Aprovado em        /        /

Comissão Julgadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_

Instituição: \_\_\_\_\_

*A meus amados pais, Miguel e Wanda, que abdicaram de seus sonhos para que os meus  
pudessem se tornar realidade.*

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

*Ao Prof. Dr. **Ricardo Alexandre Arcêncio**, exemplo de dedicação, de perseverança e de ousadia. Obrigada pela oportunidade, pelo acolhimento, pelo conhecimento compartilhado, pelo apoio, mas principalmente, pelo grande amigo que se tornou durante esta caminhada.*

*A você, minha eterna gratidão.*

*Às amigas **Marcela, Mell e Raquel**, que conquistei durante este período e se tornaram eternas em minha vida. Vocês fizeram a caminhada ainda mais prazerosa.*

*À querida amiga **Amanda**, sem a sua dedicação, apoio, responsabilidade e comprometimento, este trabalho não teria sido concretizado. Obrigada por tudo, você se fez indispensável.*

*À Prof<sup>ta</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Suely Leiko Takamatsu Goyatá**, maior incentivadora para que eu pudesse seguir a carreira acadêmica.*

*À Prof<sup>ta</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Claudia Benedita dos Santos**, pelo auxílio, pelo apoio e pela confiança, nos momentos delicados e difíceis deste processo.*

*Ao Prof. Dr. **Fábio de Souza Terra**, pela amizade e pela disposição em me ajudar todas as vezes que recorri a ele.*

*Ao Prof. Dr. **Pedro Fredemir Palha**, pelas valiosas contribuições que enriqueceram este trabalho.*

*Ao Prof. Dr. **Luís Miguel Velez Lapão**, pela generosidade e pela disponibilidade em me receber para um estágio e pela valorosa colaboração na finalização desta pesquisa.*

## *AGRADECIMENTOS*

*A Deus, por me proporcionar o dom da vida e se fazer presente em todos os momentos, tornando possível a realização de todos os meus sonhos.*

*Aos meus pais, Miguel e Wanda, pelo amor, pelo apoio e pelo incentivo incondicionais. Vocês são exemplos e inspiração na minha vida.*

*Ao meu marido e amado Guilherme, pelo amor, pelo companheirismo, pelo carinho e pelo cuidado dispensados a mim em todos os momentos. Você faz a minha vida mais feliz.*

*Aos meus irmãos Sandro, Sandra, Glícia, Thaís, Mara, Alexandre e Lincoln, família amada e alicerce em minha vida.*

*Ao amigo Marcelino pela gentileza, pela paciência, pela disponibilidade e pela amizade. Suas dicas fizeram toda a diferença.*

*Aos amigos Antônio e Adriana Olímpia, pelo apoio incondicional e pelos incentivos constantes.*

*Ao Dr. Eugênio Vilaça Mendes por me conceder a oportunidade e a autorização para utilizar o check list.*

*Aos colegas do grupo de pesquisa Ana Angélica, Ana Celeste, Andrea, Carolina, Concy, Eric, Flávia, Isabela, Juliane, Luana, Luiz Henrique, Marcela, Marcelino, Mell, Michelle e Tatiane, pela convivência e pela parceria.*

*A todos os profissionais de saúde que participaram desta pesquisa, simplesmente por acreditarem na possibilidade de melhorias de um sistema de saúde que seja público e de qualidade para todos nós brasileiros .*

*À todas as pessoas que participaram da coleta de dados desta pesquisa, contribuindo de forma significativa para a concretização da mesma.*

*À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, ao Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública, e a todos os funcionários, em especial a Miyeko Hayashida, por tornar possível a realização do curso de Doutorado.*

*Às Secretarias Municipais de Saúde da microrregião de Alfenas, pela autorização e pelo apoio à pesquisa.*

*À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo (Fapesp) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e tecnológico (CNPq) pela concessão da bolsa de doutorado e pelo apoio financeiro à pesquisa.*

*A todos que nesta ocasião deixo de citar, os quais, diretamente ou indiretamente, tornaram possível este trabalho.*

*Meus sinceros agradecimentos!*



*“Duas trilhas bifurcavam num bosque de outono, e eu, viajante solitário, triste por não poder andar por ambas, por longo tempo lá fiquei olhando até onde desapareceriam na folhagem. Duas trilhas num bosque bifurcavam e eu – eu fui pela menos pisada, e isso fez toda a diferença”.*

*(Robert Frost)*

## RESUMO

RODRIGUES, L.B.B. **Adaptação e validação de um instrumento para avaliar a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde: fase I.** 2013. 128 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

As transformações nas estruturas demográfica, epidemiológica e nos padrões de morbimortalidade vêm levantando a necessidade de novas perspectivas de organização dos sistemas de saúde. Com o crescimento da prevalência das condições crônicas, foram notadas mudanças em relação às demandas e às necessidades de saúde da população requerendo a busca premente de novas respostas. Desse modo, os problemas relacionados à integração do sistema e à coordenação dos cuidados vêm recebendo atenção nas reformas dos sistemas de saúde, sobretudo no papel da atenção primária à saúde. Considera-se que os sistemas de saúde organizados em redes de atenção à saúde e coordenados pela atenção primária podem contribuir para a melhoria da qualidade clínica, dos resultados sanitários, da satisfação dos usuários (pela melhoria do acesso e da resolubilidade), além de reduzir os custos dos sistemas locais de saúde. O objetivo do estudo foi adaptar e validar para o Brasil o *check list* utilizado para avaliar o grau de integração das Redes de Atenção à Saúde. Trata-se de um estudo metodológico de corte transversal. A coleta de dados ocorreu no período de março a outubro de 2013. Participaram do estudo profissionais de saúde que atuam na Estratégia de saúde da família, recrutados na microrregião de Alfenas/MG. O processo envolveu duas etapas: validação semântica e teste piloto. Na validação semântica, realizaram-se três fases: avaliação e adaptação dos itens pelo grupo de especialistas, avaliação e sugestão dos itens por 50 profissionais de saúde e avaliação e certificação dos itens por 6 profissionais de saúde. Nesta etapa, os itens do instrumento mostraram-se compreensíveis pela população de referência. No teste piloto, não houve a presença dos efeitos *floor* e *ceiling*. A fidedignidade da consistência interna do instrumento foi satisfatória. A validade convergente foi satisfatória na maioria dos itens do instrumento, com algumas correlações apresentando valores inferiores a 0,30. Na validade discriminante, as correlações entre os itens e as dimensões as que pertencem em sua maioria, foi maiores ou significativamente maiores que suas correlações com as dimensões às quais não pertencem. Os resultados mostraram que o instrumento *COPAS* tem propriedades psicométricas satisfatórias, podendo no futuro se revelar como uma ferramenta útil aos gestores e aos trabalhadores para a reorganização dos sistemas de saúde local.

**Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Coordenação; Estudos de validação.

## ABSTRACT

RODRIGUES, L.B.B. **Adaptation and validation of scale to assess the coordination of health care networks by the primary care: preliminary results.** 2013. 128 p. Doctorate Thesis – Nursing School of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Changes in demographic, epidemiological structures and patterns of mortality have raised the need for the new organization perspectives of the health systems. With the prevalence growth on chronic conditions, it was possible to note changes in relation to the health needs and demands of the population requiring an urgent search for new responses. Thus, the problems related to the system integration and care coordination are receiving attention in the health systems reforms, especially, in the primary health care role. It is considered that the health systems organized in health care networks and coordinated by the primary health care may contribute to the improvement of clinical quality, health outcomes and users satisfaction (by improving access and problem-solving), besides reducing the costs of local health systems. The aim of this study was to adapt and validate for Brazil's checklist used to assess the degree of integration of Network Health Care. This is a methodological and cross-sectional study. Data collection occurred from March to October 2013. The health professionals who work in the Family Health Strategy participated in the study. They were recruited in the microregion of Alfenas /MG. The process involved two stages: semantic validation and pilot testing. There were 3 phases in the semantic validation: evaluation and adaptation of the items by the group of experts; evaluation and suggestion of the items by 50 health professionals; evaluation and certification of the items by 6 health professionals. In this step, the instrument's items proved to be understandable by the reference population. The internal consistency reliability of the instrument was satisfactory. The convergent validity was satisfactory for most of the instrument's items, with some correlations showing values lower than 0.30. In the discriminant validity, the correlations among items and dimensions to which they belong mostly were significantly larger or larger than the correlations with dimensions to which they do not belong to. Results showed that the instrument COPAS owns satisfactory psychometric properties, and in the future, it could become a useful tool for managers and workers to the reorganization of local health systems.

**Keywords:** Primary Health Care; Health Care Networks; Coordination; Validation Studies.

## RESUMEN

RODRIGUES, L.B.B. **Adaptación y validación de una escala para evaluar la coordinación de las redes de atención para la Salud por la atención primaria de la Salud: resultados preliminares.** 2013. 128 f. Tesis de Doctorado – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2013.

Las transformaciones en las estructuras demográfica, epidemiológica y en los padrones de la morbimortalidad vienen generando la necesidad de nuevas perspectivas de organización de los sistemas de salud. Con el crecimiento de la prevalencia de las condiciones crónicas han sido notados varios cambios en relación a las demandas y necesidades de la salud de la población, requiriendo una búsqueda urgente por nuevas respuestas. De esta forma, los problemas relacionados con la integración del sistema y la coordinación de los cuidados están recibiendo más atención en las reformas de los sistemas de salud, sobretudo, en la función de la atención primaria para la salud. Se considera que los sistemas de salud organizados en redes de atención para la salud y coordinados por la atención primaria pueden contribuir para la mejoría de la calidad clínica, en los resultados sanitarios, en la satisfacción de los usuarios (por la mejoría del acceso y de la resolución), además de reducir los costos de los sistemas locales de salud. El objetivo del estudio fue adaptar y validar la lista de verificación de Brasil se utiliza para evaluar el grado de integración de las redes de Cuidado de la Salud. Se trata de un estudio metodológico y de corte transversal. La recolección de datos tuvo lugar entre marzo y octubre de 2013. Participaron del mismo los profesionales de la salud que actúan en la Estrategia de salud para la familia, y que fueron reclutados en la micro-región de Alfenas/MG. El proceso incluyó dos etapas: validación semántica y prueba piloto. En la validación semántica se desarrollaron tres fases: evaluación y adaptación de los ítems por el grupo de especialistas; evaluación y sugerencia de los ítems realizada por 50 profesionales de la salud; evaluación y certificación de los ítems realizada por 6 profesionales de la salud. En esta etapa, los ítems del instrumento se mostraron comprensibles para la población de referencia. La confiabilidad de la consistencia interna del instrumento fue satisfactoria. La validez convergente fue satisfactoria en la mayoría de los ítems del instrumento, y con algunas correlaciones presentando valores inferiores a 0,30. En la validez discriminante, las correlaciones entre los ítems y las dimensiones a las que pertenecen en su mayoría, fueron significativamente mayores o mayores que sus correlaciones con las dimensiones a las cuales no pertenecen. Los resultados mostraron que el instrumento *COPAS* tiene propiedades psicométricas satisfactorias, pudiendo revelarse en el futuro, como una herramienta útil para los gestores y trabajadores para la reorganización de los sistemas de salud local.

**Palabras clave:** Atención Primaria para la Salud; Redes de Atención para la Salud; Coordinación; Estudios de Validación.

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Resumo dos artigos analisados na revisão integrativa, 2012 ....	40
Quadro 2	Principais fragilidades, potencialidades, perspectiva/desafios, encontrados nos estudos, relacionados à Atenção Primária à Saúde como coordenadora das Redes de Atenção à Saúde ....	43
Quadro 3	Procedimentos para a construção e para a validação de instrumentos .....	53
Quadro 4	Características demográficas, sociais e de serviços de saúde dos municípios que compõem a Microrregião de Alfenas/MG ...	60
Quadro 5	Definições consideradas para as dimensões a serem adaptadas e validadas .....	62
Quadro 6	Itens que foram totalmente reformulados a fim de adaptá-los ao contexto da Atenção Primária à Saúde.....	70
Quadro 7	Itens considerados como “às vezes importantes” e “não importantes” para o contexto de trabalho dos profissionais de saúde .....	73
Quadro 8	Termos e alterações sugeridas e adaptadas ao COPAS.....	74
Quadro 9	Valores para o alfa de <i>Crobanch</i> para cada uma das dimensões e quando o item é excluído do COPAS .....	76

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição dos profissionais segundo categoria. Microrregião de Alfenas/MG, 2012.....	61
Tabela 2	Características dos profissionais de saúde participantes da fase de análise semântica do instrumento <i>COPAS</i> , segundo categoria profissional. Alfenas/MG, 2013.....	71
Tabela 3	Índice de concordância de Kappa (K) entre os participantes de nível médio e superior à avaliação do instrumento <i>COPAS</i> . Alfenas/MG, 2013.....	72
Tabela 4	Características dos profissionais de saúde participantes da fase de análise semântica do instrumento <i>COPAS</i> , segundo categoria profissional. Microrregião de Alfenas/MG, 2013.....	74
Tabela 5	Valores máximo, mínimo, média, mediana e desvio padrão para cada uma das dimensões que compõem o <i>COPAS</i> . Microrregião de Alfenas/MG, 2013.....	75
Tabela 6	Análise dos efeitos <i>floor</i> e <i>ceiling</i> , em relação às respostas obtidas nas dimensões do <i>COPAS</i> . Microrregião de Alfenas/MG, 2013 .....	75
Tabela 7	Valores do coeficiente de correlação de Pearson entre os itens e cada uma das dimensões do <i>COPAS</i> , obtidos segundo análise multitraço-multimétodo. Microrregião de Alfenas/MG, 2013 .....	78
Tabela 8	Resultados da análise MAP para os escores do <i>COPAS</i> . Microrregião de Alfenas/MG, 2013.....	80

Tabela 9	Valores mínimos e máximos de cada dimensão que compõem o COPAS para a padronização dos escores. Microrregião de Alfenas/MG, 2013.....	81
----------	---	----

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Estrutura operacional das redes de atenção à saúde.....	27
Figura 2	Fluxograma relacionado ao processo de seleção dos artigos .....	39
Figura 3	Mapa da Microrregião de Alfenas/MG .....	59
Figura 4	Etapas metodológicas para a realização da validação semântica .....	64



## LISTA DE ABREVIATURAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIPC – *Australian Institute for Primary Care*

APS – Atenção Primária à Saúde

ASB – Auxiliar de Saúde Bucal

BMJ - *British Medical Journal*

CNM – Confederação Nacional dos Municípios

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COPAS – Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária

EERP/USP – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

ESF – Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

GIRQ – Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH – Índice de Desenvolvimento Humano

LILACS – Literatura Latino- Americana em Ciências da Saúde

MAP – *Multitrait Analysis Program*

MEDLINE – *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*

MS – Ministério da Saúde

MTMM – Multitraço-Multimétodo

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PDAPS – Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde

RAS – Redes de Atenção à Saúde

SMSA – Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

USP – Universidade de São Paulo

WHO - *World Health Organization*

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>19</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>22</b>
<b>2 JUSTIFICATIVA</b> .....	<b>32</b>
<b>3 REVISÃO INTEGRATIVA</b> .....	<b>37</b>
<b>4 OBJETIVOS</b> .....	<b>49</b>
4.1 Objetivo Geral .....	50
4.2 Objetivos Específicos .....	50
<b>5 REFERENCIAL TEÓRICO – METODOLÓGICO: validade de instrumentos de medida</b> .....	<b>51</b>
5.1 Procedimentos para a validação de instrumentos .....	52
5.1.1 Fidedignidade do instrumento .....	55
<b>6 MÉTODO</b> .....	<b>59</b>
6.1 Natureza da pesquisa .....	60
6.2 Cenário de Estudo.....	60
6.3 População de referência e amostra.....	61
6.3.1 Critérios de inclusão e exclusão.....	62
6.4 <i>Check list</i> referência.....	62
6.5 Procedimentos metodológicos para a coleta e para a análise dos dados.....	64
6.5.1 Validação Semântica.....	64
6.5.2 Teste Piloto .....	67
6.6 Aspectos éticos da pesquisa .....	69
<b>7 RESULTADOS</b> .....	<b>70</b>
7.1 Validação Semântica.....	71
7.2 Teste Piloto .....	75
<b>8 DISCUSSÃO</b> .....	<b>83</b>
<b>9 CONCLUSÃO</b> .....	<b>88</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>91</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>103</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>124</b>

# *APRESENTAÇÃO*

---

---

A presente pesquisa foi subvencionada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), na modalidade de projeto de pesquisa regular intitulado “A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: validação de um instrumento” (processo 2013/04263-6), sob a coordenação do Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio. Também se inscreve na modalidade de bolsa de doutorado (processo 2012/17403-8).

O interesse em realizar a presente pesquisa remete à minha escolha pela Graduação em Enfermagem, cuja motivação esteve pautada na busca por novos conhecimentos e atuação na área de saúde pública. Durante toda a minha graduação, sempre me dediquei aos projetos de extensão voltados à saúde coletiva e, em meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), abordei assunto referente às questões relativas à organização dos sistemas de saúde.

Assim que me formei, fui convidada para trabalhar na Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas/MG (SMSA), onde comecei atuando como coordenadora de regulação e de planejamento. Concomitantemente a isso, cursei duas especializações, em Saúde Pública e Gestão em Saúde e em Saúde Coletiva com ênfase em Planejamento em Saúde.

No ano de 2006, fui convidada a atuar como secretária municipal de saúde na SMSA. Durante minha atuação, como gestora tive a oportunidade de vivenciar inúmeras dificuldades e problemas inerentes à gestão do SUS, particularmente, no que concerne à escassez de recursos financeiros e à própria organização do sistema de saúde municipal.

Tomada por uma inquietação ao observar o grande número de encaminhamentos a consultas especializadas, o que gerava um tempo excessivo de espera para o atendimento, no ano de 2007, a SMSA implantou um mecanismo de referência e de contrarreferência para consultas especializadas, formalizado entre as diversas instituições prestadoras de serviços de saúde do município. Tal inquietação resultou em minha dissertação de mestrado, cujo objetivo foi avaliar a implantação de um mecanismo formal de referência e de contrarreferência de consultas especializadas no Sistema Municipal de Saúde de Alfenas/MG. O trabalho revelou um significativo incremento das consultas médicas na atenção primária e na redução das consultas especializadas e das consultas de urgência e de emergência, no período em estudo.

Durante o período em que atuei na gestão, pude perceber a importância de investir e de valorizar a Atenção Primária à Saúde (APS), pois as experiências implantadas no município mostraram que os investimentos neste ponto de atenção apresentam um custo bem menor e, se bem estruturados e resolutivos, são capazes de proporcionar equilíbrio entre a melhoria da saúde da população e a equidade na distribuição de recursos.

Dessa forma, senti-me motivada a realizar o presente trabalho que tem por objetivo adaptar e validar um instrumento para avaliar a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde.

Espero que esse instrumento possa contribuir para subsidiar as decisões de gestores e de profissionais de saúde, no que concerne à estruturação e à organização do sistema de saúde local, por meio do reconhecimento dos dilemas enfrentados pela APS como um eixo coordenador das redes de atenção à saúde, favorecendo a implantação de um sistema de saúde integrado e inspirado na APS.

O trabalho está organizado da seguinte maneira: introdução; justificativa; revisão integrativa, demonstrando as fragilidades, as potencialidades e os desafios da APS como eixo coordenador das redes de atenção à saúde; objetivos; referencial teórico-metodológico, relativo aos procedimentos para validação de instrumentos de construtos subjetivos; métodos; resultados; discussão; conclusão; referências; anexos e apêndices.

# *1 INTRODUÇÃO*

---

---

Os sistemas de atenção à saúde são respostas sociais deliberadas às necessidades das populações que se expressam nas suas situações de saúde. Por consequência, deve haver uma fina sintonia entre essas necessidades e a forma como o sistema de saúde se organiza para respondê-las socialmente (OPAS, 2011).

Não é exatamente o que ocorre em todo o mundo e no Brasil, onde os sistemas de saúde são concebidos e desenvolvidos com uma presunção de continuidade de uma atuação voltada para as condições e para os eventos agudos e desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas. Atualmente, as condições crônicas são responsáveis por cerca de 60% de todo o ônus decorrente de doenças no mundo. No ano de 2020, deverá ser responsável por um valor próximo de 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento (OMS, 2003; OPAS, 2011). O resultado é que se tem uma situação de saúde do século XXI, respondida por um sistema de saúde desenvolvido no século XX (BENGOA, 2008).

A situação de saúde no Brasil está fortemente influenciada por uma transição demográfica acelerada e por uma situação epidemiológica de tripla carga de doenças, apresentando um rápido envelhecimento populacional, estimado em 2025 em 27 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (IBGE, 2004), com predomínio das condições crônicas e com um sistema de saúde voltado para atendimento das condições agudas. É o que evidencia um estudo realizado sobre a transição epidemiológica e sobre a carga de doenças no Brasil, em que as condições crônicas responderam por 66,3% da carga de doenças (SCHRAMM et al., 2004). No ano de 2007, 72% das mortes ocorridas no país foram atribuídas às condições crônicas (SCHMIDT et al., 2011).

Essa situação de forte predomínio relativo das condições crônicas não pode ser respondida com eficiência, com efetividade e com qualidade, por sistemas de saúde voltados prioritariamente para as condições agudas e para as agudizações de condições crônicas, e organizados de forma fragmentada (MENDES, 2011).

Na mídia e nos jornais podem-se constatar as mazelas decorrentes desse modelo, como as iatrogenias, as insatisfações, os custos acrescidos, a desmotivação e o descrédito por parte da população pela saúde pública brasileira. Nesse modelo voltado às condições agudas, as doenças crônicas seriam problemas irremediáveis, sem solução do ponto de vista da prática médica, colocando, assim, em *xoque* o Estado de Direito, no âmbito do requisito da proteção social, da garantia



por lei da investidura de todos os recursos cabíveis para a emancipação e para a transformação desses sujeitos para melhor qualidade de vida e de garantia da dignidade humana. Assim, o Estado de Direito impõe outro *modus operandi* aos sistemas de saúde, sob pena de suas ações infringirem a própria Constituição Federativa do Brasil (ORDACGY, 2012).

Notadamente, um sistema fragmentado se caracteriza por se constituir um sistema inflamado no tocante à demanda populacional por serviços que nem sempre coadunam com as necessidades reais da população, ficando patente a iniquidade. Enthoven (2009) apresenta alguns apontamentos para a fragmentação de um sistema, como o desalinhamento sistêmico de incentivos e a falta de coordenação que gera alocação ineficiente de recursos ou de danos à população. O autor é categórico e aponta que a fragmentação impacta negativamente o custo, a qualidade e os resultados na saúde.

Dessa maneira, novas formas de integração dos sistemas de saúde para o enfrentamento dos problemas na saúde vêm sendo vislumbradas. Uma prioridade em pauta tem sido inspirada na Atenção Primária à Saúde (APS), especialmente por meio do fortalecimento do atributo coordenação (GIOVANELLA et al., 2009).

A ideia de coordenação de um sistema não é nova. Os primeiros relatos datam de 1890 na Inglaterra, quando foi proposta uma instância de coordenação dos hospitais e dos dispensários para a provisão unificada dos cuidados em um Distrito de Saúde. Mas o primeiro a introduzir o conceito de Rede foi Dawson, em 1920, médico que recebeu a incumbência do Ministro da Saúde britânico de definir um projeto para o sistema de saúde, com provisão sistematizada de serviços médicos e afins, e que estes fossem acessíveis para a população de uma dada área (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Pode-se dizer que o Relatório Dawson tornou-se um documento marco na organização de um sistema de saúde e inspirou vários sistemas em todo o mundo. Para Dawson, a equidade somente seria alcançada a partir de uma nova organização e ampliação do sistema de saúde, distribuído em função das necessidades da comunidade. Segundo ele, a organização é indispensável por razões de eficiência e de custos, assim como para o benefício da população; o autor traz, ainda, que a medicina preventiva e a curativa não podiam ser separadas em virtude de nenhum princípio sólido e, em qualquer plano de serviços médicos, devem coordenar-se estreitamente (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Dawson descreveu em seu relatório as responsabilidades dos pontos de atenção e a coordenação destes pontos por meio dos centros de saúde primários. Ele esboçou uma rede, definindo localização dos serviços “de acordo com a distribuição da população e dos meios públicos de transporte” e com “as correntes naturais de fluxos comerciais e de tráfego”, variando em tamanho e em complexidade, segundo as circunstâncias (KUSCHNIR; CHORNY, 2010; OLIVEIRA, 2005).

Segundo Dawson, para maior eficácia e progresso do conhecimento, deveria ser estabelecido um sistema uniforme de histórias clínicas; no caso de um paciente ser encaminhado de um centro a outro para fins de consulta ou de tratamento, devendo ser acompanhado de uma cópia de sua história clínica (KUSCHNIR; CHORNY, 2010). Destaca-se que o modelo Dawson foi adotado por todos os países que instituíram sistemas universais de saúde. O autor situa a APS como cerne de um processo de mudança e como centro de inteligência e organizador de uma Rede (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Cabe ressaltar que a APS foi consagrada a partir da Conferência Internacional em Alma-Ata, em 1978 (WHO, 1978) e, na ocasião, passou a ser considerada como a porta de entrada dos sistemas de saúde, sendo o primeiro elemento de um processo contínuo e progressivo de atenção (BOERMA, 2007).

Desde então, a finalidade da APS tem sido uma melhor Saúde para Todos. A OMS identificou cinco elementos-chave necessários para alcançar essa finalidade (WHO, 2008):

- Reduzir a exclusão e as disparidades sociais em Saúde (reformas que contribuam para a cobertura universal);
- Promover a integração da saúde em todas as políticas (reformas das políticas públicas);
- Procurar modelos colaborativos de diálogo de políticas (reformas em nível de liderança);
- Aumentar a participação dos vários atores/*stakeholder*; e;
- Organizar os Serviços de saúde em função das necessidades e das expectativas das pessoas (reformas para organização dos serviços).

O modelo brasileiro de APS tem procurado construir um novo enfoque de atenção ao voltar-se, sob o aspecto da territorialidade, ao atendimento de casos agudos, crônicos, de vigilância e de promoção da saúde e ao caracterizar-se como

porta de entrada preferencial ao sistema de saúde e como filtro eficiente para utilização adequada das tecnologias disponíveis na rede de serviços de saúde. Além disso, busca coordenar o cuidado dos usuários na rede, apoiando e seguindo-os no sistema e exercendo sempre a referência principal ao acompanhá-los longitudinalmente ao longo do tempo (MENDONÇA, 2009).

A APS deve, portanto, ser o eixo estruturante das RAS no Sistema Único de Saúde (SUS). Como componente da prestação de serviços, a APS deve apresentar quatro atributos essenciais: ser porta de entrada, ou seja, de acesso e de utilização do serviço de saúde, tornando-se um serviço de referência; ser um serviço longitudinal, pela atenção e pelo cuidado do paciente ao longo do tempo; ser um serviço pautado na garantia da integralidade biopsicossocial dos usuários; ser coordenadora do cuidado, tendo a capacidade de coordenar as respostas às diversas necessidades que uma abordagem integral identifica, seja dentro de uma equipe multidisciplinar, seja na atenção que os usuários recebem nos diversos pontos da rede, os cuidados primários devem ter a obrigação de organizar, de coordenar e de integrar esses cuidados (MENDONÇA, 2009; STARFIELD, 2012).

Nesse sentido, Mendes (2011) tem proposto um sistema regionalizado, com perspectivas de superação do sistema fragmentado vigente por meio da implantação de uma rede de atenção à saúde (RAS), tendo por pilar a APS, e com isso, a APS assume papel central no desenho e no funcionamento das RAS.

Entende-se por RAS, organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente que permite ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população (MENDES, 2011).

A estrutura operacional das RAS compõe-se de quatro componentes:

- um modelo de **governança** que alinhe as atividades dos **pontos de cuidados** primários com os pontos de outros níveis de atenção;
- **os sistemas de apoio** (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde);
- **os sistemas logísticos** (cartão de identificação dos usuários; prontuário clínico; sistemas de acesso regulado aos cuidados e sistemas de transportes em saúde);

- um **centro de comunicação** que coordene os fluxos e contra-fluxos do sistema de atenção, idealmente localizado no nível da equipe de APS (FIGURA 1) (MENDES, 2011).



Fonte: MENDES, 2011.

Figura 1 - Estrutura operacional das redes de atenção à saúde (RAS).

Para Mendes (2011), as RAS são descritas como sistemas integrados de prestação de serviços com foco nas necessidades de saúde da população; coordenação e integração do cuidado; sistemas de informação que interliguem consumidores, prestadores e pagadores de serviços por meio de um *continuum* de cuidados; informações sobre custos dos serviços, qualidade do atendimento e satisfação dos usuários; uso de incentivos financeiros e estruturas organizacionais para alinhar governança, gestores e profissionais de saúde para alcançarem objetivos; e contínua melhoria dos serviços prestados (MENDES, 2011).

Estudos vêm mostrando que os sistemas de saúde inspirados na APS têm elevado sua capacidade de integração com os diversos pontos de atenção, de resolubilidade dos problemas de saúde e de responsabilização pela saúde dos usuários (GOMES et al., 2011; SCHERER; MARINO; RAMOS, 2005; SILVA, 2011). Ademais, há autores que consideram que esses sistemas reduzem os gastos na saúde, o que sem dúvida, pode ser considerado importante para a situação e de impacto face à limitação financeira do Sistema Único de Saúde (SUS), além de imprimir um outro significado às condições de saúde (IBANEZ et al., 2006; SANTOS

et al., 2011), não mais pautado na doença e na cura, mas, sim, no bem-estar social e na dignidade humana da população.

Sem uma APS bem estruturada, não se pode pensar em RAS efetivas, eficientes e de qualidade. Nos sistemas de saúde estruturados em redes, é a APS que ordena o fluxo e o contrafluxo de pessoas, de produtos e de informações, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio (OPAS, 2011). A inserção da APS em RAS implica, necessariamente, sua interpretação como estratégia de reordenamento do sistema de saúde (MENDES, 2011).

Para este estudo, a APS é tomada como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde capaz de responder às condições crônicas e agudas, direcionada para uma atenção integrada, que consiga abarcar e resolver parte dos problemas da população, de forma digna e humanizada (STARFIELD, 2002). Para a autora, uma APS fortalecida inspira novas formas de organização na saúde, mais acolhedora e de forma cooperativa entre os níveis da atenção. Assim, o sucesso das RAS depende da efetividade da APS em três papéis fundamentais: resolubilidade, responsabilização e coordenação (MARQUES et al., 2009).

Pode-se afirmar que a coordenação constitui um atributo importante para mudanças no processo de produção em saúde e para a cooperação e para a integração entre os serviços de saúde, a considerar a natureza multidisciplinar da atenção prestada aos usuários, que deve envolver a cooperação entre os diversos trabalhadores e serviços de saúde, em forma de redes cooperativas, logicamente coordenados pela APS.

A coordenação do cuidado, pelos profissionais de saúde que atuam na APS, em todos os pontos de atenção que constituem uma RAS, foi a tônica desta pesquisa, haja vista que este princípio é estruturante do processo de transformação da Atenção Primária/serviços em Atenção Primária/sistemas (MENDONÇA, 2009), além da escassez dos trabalhos sobre o assunto e também pelo papel e pela responsabilidade social definidos para este ponto de atenção quanto à produção em saúde. Sabe-se que, sem uma coordenação efetiva, a longitudinalidade perde seu potencial, a integralidade é dificultada e o primeiro contato torna-se um ato meramente administrativo (MENDONÇA, 2010).

Há evidências suficientes da capacidade da APS no que se refere à estruturação dos sistemas de saúde em RAS (RODRIGUES et al, 2012). A ideia de redes já vem sendo abordada sob diversos olhares e em diferentes perspectivas. Na

pesquisa, a autoria traz a rede como um dispositivo favorecido pela APS. Experiências têm demonstrado que a organização dos sistemas de saúde em RAS coordenados pela APS se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica; passando os sistemas a serem mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.) quanto em relação à capacidade de enfrentamento dos atuais desafios socioeconômicos, demográficos, epidemiológicos e sanitários (BRASIL, 2010).

No presente estudo, assume-se coordenação como a capacidade de garantir a continuidade da atenção, de um modo integrado com os demais pontos de atenção (primário, secundário e terciário), o que por sua vez exige o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante (GOMES et al., 2011).

Trabalhos voltados à APS na atualidade representam empreendimento de extrema relevância para a saúde no Brasil e em outros países da América Latina e Europa, pois, em sua maioria, buscam aprimorar a qualidade da atenção à saúde, tornando-a mais resolutiva, responsável, eficiente e justa (SALA; NEMES; COHEN, 1998; LEONE; DUSSAULT; LAPÃO, 2013; BOERMA, 2007).

Destaca-se que o “Pacto pela Saúde” coloca em relevância o aprofundamento dos processos de organização do sistema de saúde sob a forma de redes como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade. Essa política foi um passo importante para o fortalecimento da APS, ou seja, para reconhecê-la como um centro coordenador das RAS (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, destina-se à APS, por meio da aplicação de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, a incumbência de integrar verticalmente os serviços que, normalmente, são ofertados de forma fragmentada pelo sistema de saúde convencional. A obtenção plena do potencial da APS passa pelo desenvolvimento simultâneo de seus atributos (OMS, 2008).

O primeiro contato que implica a boa acessibilidade e o uso de serviços para cada novo problema, ou novo episódio, de um problema para o qual se procura atenção à saúde. A longitudinalidade implica a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, num ambiente de relação mútua de confiança e de humanização entre a equipe de saúde, os indivíduos e a família. A integralidade assegura que os serviços sejam ajustados às necessidades de saúde da população. A coordenação conota a capacidade de garantir a continuidade da atenção entre diversos pontos de atenção

à saúde, por meio da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante e se articula com a função de centro de comunicação das RAS (MENDES, 2011).

Esses atributos, únicos da APS, são complementados por características que deles derivam: a focalização na família implica considerá-la como o sujeito da atenção, o que exige uma interação da equipe de saúde com essa unidade social e com o conhecimento integral de seus problemas de saúde; a orientação comunitária que exige uma análise situacional das necessidades de saúde das famílias numa perspectiva populacional e a sua integração em programas intersetoriais de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde e a competência cultural exige uma relação horizontal entre a equipe de saúde e a população que respeite as singularidades culturais e as preferências das pessoas e das famílias (MENDES, 2011). Por esses atributos, pode-se constatar a importância das características da APS para a coordenação da RAS.

Nesse processo, o profissional da APS é responsável por toda a atenção necessária para atender às necessidades de saúde de sua população adscrita. Essa conjunção deixa explícita que a APS deve ser responsável pelo usuário, independentemente do ponto de atenção em que o mesmo estiver. Dentre os diversos desafios a serem superados pela APS, refere-se uma conduta muito comum por esses serviços que é “passar o caso adiante”, o que corresponde a dizer a não responsabilização pelo usuário e a não resolutividade do problema de saúde do mesmo. Com base nesse raciocínio, uma rede estaria caracterizada pela formação de relações horizontais, o que envolveria a articulação entre a própria equipe de APS, os serviços de saúde e os equipamentos sociais, entre os pontos de atenção, nos diferentes níveis, com o centro de comunicação na APS, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população; pela responsabilização na atenção contínua e integral; pelo cuidado multiprofissional; e, ainda, pelo compartilhamento de objetivos e de compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BOERMA, 2007; BRASIL, 2010).

Todavia, embora se perceba certo movimento em âmbito nacional para fortalecimento de sistemas de saúde inspirados na APS, poucas iniciativas têm sido observadas no sentido de fornecer evidências sobre as fragilidades e as potencialidades da APS na coordenação das RAS. Desse modo, um capítulo adiante tem a intenção de apresentar uma revisão integrativa acerca das fragilidades, das

potencialidades, dos desafios e das perspectivas da APS na coordenação das RAS. É válido destacar que a referida revisão se encontra no prelo, com previsão de publicação, no exemplar do mês de fevereiro de 2014, da Revista Ciência & Saúde Coletiva.



## *2 JUSTIFICATIVA*

---

---

Apesar dos avanços na organização da APS no Brasil, desde o início do processo de desenvolvimento do SUS, há que se reconhecer que grandes entraves ainda subsistem e devem ser superados para que possa cumprir seu papel de organizadora e de coordenadora do sistema de saúde. Entre tantos desafios, deve-se considerar a superação da fragmentação da oferta de ações e de serviços de saúde como prioridade, para que se possa responder adequadamente às necessidades de saúde dos brasileiros nesse momento em que as condições crônicas são prevalentes (LAVRAS, 2011).

Os sistemas de saúde precisam responder mais prontamente e de forma satisfatória aos desafios provenientes das mudanças no perfil epidemiológico da população, preenchendo adequadamente a lacuna entre as expectativas dos cidadãos e o desempenho dos serviços de saúde (MENDES, 2011), uma vez que há uma estreita relação entre a transição da situação de saúde e a transição dos sistemas de saúde. A modificação no perfil de saúde da população, cujas condições crônicas e complicações são prevalentes, resulta também em mudanças no padrão de utilização dos serviços de saúde e no aumento de gastos, considerando-se a necessidade de incorporação tecnológica para o tratamento das mesmas (SCHRAMM et al., 2004).

As condições crônicas exigem um sistema de atenção que responda de forma proativa, contínua e integrada, por meio do compromisso político com a APS (por ex. a disponibilização de recursos), da implementação de um acolhimento qualificado e das práticas inovadoras no âmbito da política e da atenção (RODRIGUES et al., 2012). O recente processo de renovação da APS pode ser uma oportunidade de tencionar necessárias mudanças no modelo assistencial, produzindo estratégias de cuidados mais dialógicas com a produção de autonomia para os sujeitos (GIOVANELLA, 2008).

A APS, como eixo coordenador de uma RAS, ainda encontra, contudo, vários desafios, sobretudo pela fragilidade de se implantar uma rede que permita a integração entre os níveis de atenção na sua dimensão vertical e horizontal, bem como sistemas de apoio e de logística para sustentar os fluxos de comunicação e os processos na produção social em saúde (RODRIGUES et al., 2012).

Nesse contexto, a adaptação e a validação de um instrumento de coleta de dados específico para avaliar o atributo coordenação, por meio de uma metodologia de avaliação a ser utilizada como linha de base para o levantamento das fragilidades

e potencialidades da APS na coordenação das redes, pode proporcionar, a partir da análise de cada questão, a construção de um plano de desenvolvimento institucional para a integração do sistema de atenção à saúde que se analisa (MENDES, 2011), podendo contribuir de maneira significativa para a organização de um novo sistema de saúde integrado, inspirado na APS, a partir não mais da diretriz de hierarquização dos serviços de saúde, mas pela posição de centralidade que lhe é conferida na constituição das redes de cuidado (CECÍLIO et al., 2012).

A ausência de dados empíricos fez com que a autoria buscasse a adaptação e a validação de um instrumento com a sensibilidade de constatar a potencialidade de um sistema de se organizar em redes. Cabe destacar que a maioria dos instrumentos detectados não se enquadrava no requisito de se constituir em uma ferramenta de avaliação do sistema de saúde e que colocasse a APS como eixo estruturante desse processo.

Pôde-se constatar que, dos instrumentos localizados, alguns detinham estreitos domínios de conteúdo e de aplicabilidade restrita a grupos específicos, como por exemplo, usuários de serviços de saúde com condições crônicas instaladas, como diabetes, hipertensão e doença mental.

Um estudo conduzido pelo *Australian Institute for Primary Care* (AIPC) identificou resultados similares, dando destaque aos estudos de cunho metodológico pela sua envergadura e relevância aos programas de saúde dos governos. Pôde-se observar também, a partir desse estudo, a dificuldade em se localizar instrumentos mais abrangentes que trouxessem a vertente dos sistemas de saúde (AIPC, 2004).

Dentre as experiências em território nacional, alguns municípios conseguiram avançar na integração dos sistemas locais de saúde e, nestes, gestores em parcerias com a Secretaria de Estado construíram instrumentos com a capacidade desse diagnóstico, todavia carecem de uma validade com rigor científico.

Assim, a contribuição da universidade se conjectura à demanda dos sistemas de saúde, de validar ou mesmo de se certificar da qualidade desses instrumentos. Não são comuns investidas nessas tipologias de pesquisa, de validação de instrumentos construídos pelos serviços de saúde, todavia a universidade pode fazê-lo sob pena de não contar com instrumentos sólidos ou suficientemente válidos para a tomada de decisão dos gestores e dos trabalhadores. Cabe destacar que há pouca valorização de pesquisas dessa natureza, parecendo existir uma cisão entre a universidade e os serviços de saúde, como se não houvesse uma

complementaridade e uma interdependência entre estas organizações e um só objetivo, de bem-estar social (MISHIMA et al., 1997).

Vale mencionar algumas iniciativas interessantes que ocorreram no Reino Unido ainda na década de 1960 para *achieve an evidence based culture in primary care*, que fomentaram encontros científicos e fóruns para dar destaque às pesquisas no tocante ao fortalecimento dos sistemas locais de saúde (THOMAS et al., 2001; THOMAS; ALBERT, 2002), todavia ainda é grande o desafio da articulação entre pesquisadores de sistemas de saúde e os gestores. Observa-se que muitas decisões dos gestores ainda não estão pautadas nas pesquisas produzidas na academia e é reduzido o número de pesquisadores que se interessam por investigar sistemas de saúde. Essa foi uma constatação do *First Global Symposium on Health Systems Research*, que ocorreu em Montreux – Suíça, em 2010, e que gerou inclusive um manifesto em prol dessa integração (WHO, 2010).

Atualmente, há uma grande preocupação com a consistência interna das pesquisas sobre sistemas de saúde e, assim, da adoção de medidas por parte dos pesquisadores, que reduzam os erros sistemáticos e aleatórios, evitando-se ou minimizando os vieses. É válido dizer que um número significativo de instrumentos vêm sendo aplicados, sem, todavia, passar por alguns procedimentos que lhe atestem credibilidade (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Assim, a preocupação da autoria com a precisão do instrumento de aferição fez com que os mesmos buscassem na literatura científica tipologias de estudos de validação as quais pudessem garantir elevado desempenho e qualidade. Problemas no processo de mensuração têm sido um dos principais apontamentos por bioestatísticos, como testemunham os crescentes dados da literatura científica (REICHENHEIM; MORAES, 2007). Se não for dada a devida importância à redução desses erros, podem-se cometer equívocos como a apresentação de uma variável interveniente ou mesmo a subestimação de seu efeito numa dada conjuntura.

Autores ressaltam a importância em se valorizar as etapas de operacionalização na adaptação e na validação de um instrumento, pois, dessa forma, garantem-se a veracidade e a qualidade da informação coletada (CONTI et al., 2010). Assim, a investigação foi subsidiada por importantes teóricos de validação de instrumentos de aferição, compondo-se de duas etapas distintas que correspondem à validação semântica e à análise das propriedades psicométricas iniciais do instrumento (DISABKIDS, 2004; PASQUALI, 1998; RAYMUNDO, 2009).

Acredita-se que a validação de um instrumento de aferição poderá trazer uma cartografia dos dilemas enfrentados pela APS para se constituir num eixo estruturante de um sistema com capacidade de coordenação das RAS, além de fortalecer o debate acerca dessa temática no cenário das políticas públicas de saúde, em particular, na esfera municipal.

### *3 REVISÃO INTEGRATIVA*

---

---

A revisão integrativa da literatura foi adotada como método de agrupamento dos dados e de síntese do conhecimento acerca da temática proposta, a fim de responder a seguinte questão norteadora: Quais as evidências científicas acerca das fragilidades, das potencialidades, dos desafios e das perspectivas da atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção?

Concernentemente às definições de Cooper (1984) foram cumpridas as seguintes etapas: formulação do problema; levantamento de dados; avaliação dos dados coletados; análise e interpretação dos dados e apresentação dos resultados.

Conforme recomendações de Broome (1993) e Ganong (1987), foram definidos os critérios de inclusão e de exclusão adotados para a seleção dos manuscritos. Dessa forma, foram incluídos artigos que discorressem sobre a APS na coordenação das RAS, sendo excluídas dissertações, teses e notas editoriais. Optou-se por selecionar estudos publicados no período temporal de 2000 a 2011, escritos nos idiomas inglês, espanhol e português.

As bases de dados selecionadas para a realização da busca literária foram *Medical Literature Analysis and Retrieval System on-line* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde* (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO). Torna-se válido destacar que essa busca realizou-se de dezembro de 2011 a janeiro de 2012 de forma concomitante nas três bases de dados.

Consideraram-se as seguintes palavras-chave (empregadas de forma livre numa busca simples): *redes de atenção à saúde* (*health care networks*) e *coordenação dos cuidados* (*coordination of care*). Realizou-se, ainda, o cruzamento dos descritores controlados “atenção primária à saúde” e “ação intersectorial”, referenciados pelo Decs/Mesh. Os manuscritos foram selecionados pelo título e pelo resumo sendo, posteriormente, avaliados na íntegra para uma completa apreciação do material retido.

Os autores consideraram o instrumento proposto por Ursi (2005), adaptado pelo Grupo de Investigação em Reabilitação e Qualidade de Vida (GIRQ) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção de dados dos artigos. A identificação do estudo, das características metodológicas, da avaliação do rigor metodológico, das intervenções mensuradas e dos resultados encontrados são algumas das informações exigidas pelo instrumento.

Os estudos investigados foram classificados por meio dos conceitos apresentados por Polit, Beck e Hungler (2004). A análise da qualidade do nível de

evidência dos artigos selecionados foi realizada com base na classificação hierárquica de evidências científicas proposta por Dawson (2004) com referência a Sackett et al. (2000), estando os resultados apresentados de forma descritiva.

Na primeira fase do estudo, foram encontrados 1033 artigos. Após análise desse material, verificou-se que 18 manuscritos satisfaziam os critérios estabelecidos, conformando, portanto, a amostra final do estudo (Figura 2).

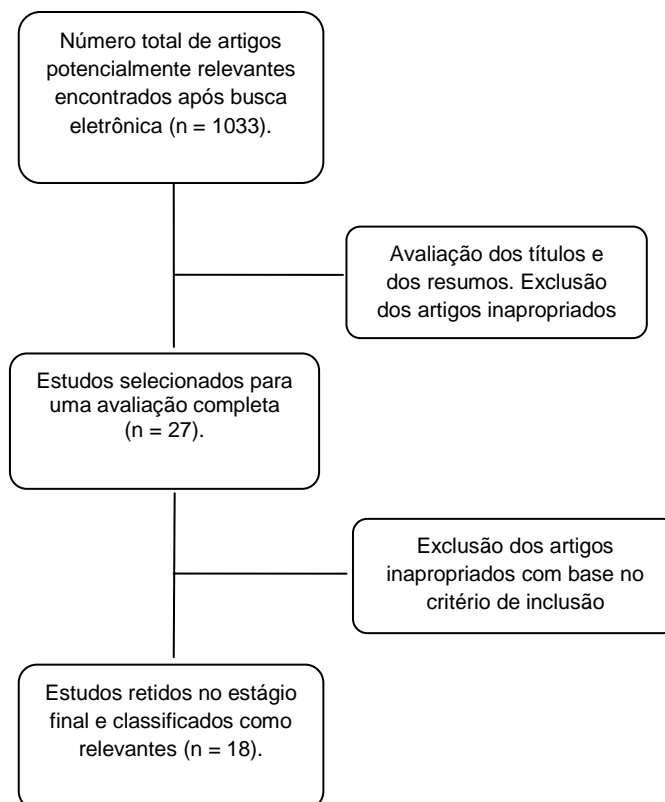


Figura 2 - Fluxograma relacionado ao processo de seleção dos artigos.

No LILACS, foram obtidos 405 artigos no total, dos quais, 23 foram selecionados conforme o critério de inclusão e 382, excluídos. Já no MEDLINE, foram obtidos 628 artigos na totalidade dos quais 04 foram selecionados e 624, excluídos e, no SCIELO, não foi encontrado nenhum artigo com as palavras-chave e descritores utilizados, levando-se em consideração o período de busca dos estudos nas bases de dados. Na fase final, 27 artigos foram selecionados para a análise completa do conteúdo e, 18 destes, retidos e incluídos na revisão integrativa. O Quadro 1 apresenta um breve resumo desses 18 estudos.



Referência	Objetivo	Tipo de estudo	Plano Amostral	Nível de evidência
Giovanella, 2011	Descrever e analisar as recentes mudanças organizacionais no setor ambulatorial na Alemanha que visaram à maior integração do sistema de saúde e coordenação de cuidados	Revisão de literatura	Não se aplica	4
Almeida et al., 2011	Descrever e analisar ações empreendidas em quatro centros urbanos para fortalecer a estratégia saúde da família (ESF) no Brasil	Estudo de caso	Conveniência	4
Sisson et al., 2011	Examinar a implementação da Estratégia de Saúde da Família e analisar suas possibilidades em conduzir a organização do sistema de saúde quanto à integração à rede de serviços com coordenação dos cuidados, desde a perspectiva das famílias cadastradas, dos profissionais de saúde e dos gestores	Estudo de caso	Conveniência	4
Lavras, 2011	Analisar o papel da APS nas Redes Regionais de Atenção à Saúde, que se organizam no SUS na perspectiva de superar a fragmentação sistêmica existente, apontando iniciativas voltadas a seu aprimoramento	Revisão de literatura	Não se aplica	4
Silva, 2011	Analisar os desafios presentes no Sistema Único de Saúde para promover uma melhor integração entre os serviços e organizar redes	Revisão de literatura	Não se aplica	4
Motta et al., 2011	Investigar o conhecimento e a percepção dos profissionais das equipes, e problematizar as dificuldades apontadas na atuação junto aos idosos, discutindo o papel da ESF na rede de atenção ao idoso no Brasil hoje	Estudo qualitativo	Conveniência	-
Campos et al., 2011	Avaliar a articulação entre as redes de atenção primária e de saúde mental em regiões de alta vulnerabilidade social de uma grande cidade brasileira (Campinas – SP) através dos parâmetros: pesquisa avaliativa, participativa e predominantemente qualitativa	Estudo qualitativo	Conveniência	-
Mendes, 2010	Discutir a importância da conformação das RAS	Revisão da literatura	Não se aplica	4
Báscolo e Yavich, 2010	Descrever o desenvolvimento da política APS promovida pelo Município de Rosário	Estudo de caso	Não menciona	4
Pessôa et al., 2010	Relatar experiências das redes de atenção ao idoso no Brasil	Estudo de caso	Conveniência	4
Kuschnir e Chorny, 2010	Buscar referências na literatura e na experiência internacional que possam contribuir para o debate da constituição de redes no SUS.	Revisão de literatura	Não se aplica	4
Almeida et al., 2010	Analisar o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de coordenação desde a Estratégia Saúde da Família (ESF) aos demais níveis do sistema de saúde com foco no conjunto de medidas pró-coordenação vinculado à “integração entre níveis assistenciais”	Estudo de caso	Conveniência	4
Giovanella et al., 2009	Analisar a implementação da ESF com foco na integração e atuação intersetorial em quatro capitais para discutir as potencialidades da ESF como estratégia de APS abrangente	Estudo de caso	Conveniência	4

Continuação

Referência	Objetivo	Tipo de estudo	Plano Amostral	Nível de evidência
Lima e Rivera, 2009	Discutir uma abordagem teórico-metodológica para estudos na área da integração de serviços de saúde, destacando o aspecto intersubjetivo dos processos de coordenação	Revisão de literatura	Não se aplica	4
Roese e Gerhardt, 2008	Construir um perfil socioeconômico e demográfico dos usuários, de forma a ilustrar a utilização de dois serviços de saúde de média complexidade, por meio do mapeamento dos fluxos de usuários de municípios da Metade Sul do Estado do Rio Grande do Sul	Estudo descritivo, transversal	Conveniência	4
Costa-e-Silva et al., 2007	Descrever uma experiência de integração entre serviços de saúde	Estudo de caso	Conveniência	4
Vázquez et al., 2007	Identificar os componentes relacionais de uma rede internacional de organizações, cooperação técnica e financeira para promover o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados nos cuidados de saúde primários nos países da região das Américas	Estudo transversal	Conveniência	4
Giovanella, 2006	Investigar as configurações institucionais do primeiro nível de atenção à saúde nos países da união europeia	Revisão de literatura	Não se aplica	4

Quadro 1 – Resumo dos artigos analisados na revisão integrativa, 2012.

Após análise do material pesquisado, constatou-se que 16 (89,0%) foram estudos realizados no Brasil, um (5,5%) na Argentina e um (5,5%) na região das Américas. Quanto à linguagem empregada nos trabalhos, 15 (83,4%) no idioma português, dois (11,1%), no espanhol e um (5,5%), em inglês.

Da amostra, 17 (94,5%) dos trabalhos foram publicados na área da saúde em geral e um (5,5%), especificamente na área de Enfermagem. No que se refere ao ano de publicação, notou-se que oito (44,4%) dos estudos foram em 2011; quatro (22,2%), em 2010; dois (11,1%), em 2009; um (6,0%), em 2008; dois (11,1%), em 2007 e um (6,0%), em 2006. Não foi localizado estudo anterior ao ano de 2006.

No tocante ao delineamento metodológico, percebeu-se que sete (39,1%) dos estudos utilizaram a revisão de literatura; três (16,6%) apresentaram abordagem qualitativa; um (5,5%) abordagem quantitativa; dois (11,1%), abordagem mista (qualitativa e quantitativa); três (16,6%) estudo de caso e dois (11,1%), relato de experiência. Os artigos com abordagem metodológica mista não mencionaram os testes estatístico realizados. Já o artigo quantitativo, utilizou o teste estatístico quiquadrado, com probabilidade do Erro tipo I menor ou igual a 0,05 ( $p \leq 0,05$ ).

Quanto ao plano amostral definido para os estudos, nove (50,0%) consistiam em amostragem por conveniência; um (5,5%), do tipo probabilístico de agrupamento

estratificado; um (5,5%) não mencionava o plano amostral e os outros sete (39,0%) não exigiam amostragem por se constituírem em estudos de revisão. No que concerne aos critérios considerados para a composição da amostra, nove (50,0%) apresentam os critérios para arrolar os sujeitos na pesquisa, no entanto dois (11,1%) não explicitam e, em sete (38,9%), o planejamento amostral não se aplicava. Em relação às limitações e possíveis vieses, notou-se que 18 (100%) dos manuscritos não apresentavam tais informações.

Quanto à classificação da hierarquia do nível de evidência científica dos manuscritos, 16 (88,9%) foram classificados quanto ao nível de evidência 4, e dois (11,1%) artigos, por natureza qualitativa, não foi possível a categorização, haja vista que o instrumento utilizado não previa esse tipo de estudo.

No que tange às fragilidades, às potencialidades, aos desafios e às perspectivas da APS na coordenação das RAS, os resultados encontrados estão listados no Quadro 2. Observou-se que alguns trabalhos trazem como perspectivas/desafios, a necessidade da realização de estudos voltados à APS e às RAS.

<b>FRAGILIDADES</b>
<p>Dificuldade de coordenação entre os níveis de atenção;  Precário funcionamento do mecanismo de referência e de contrarreferência;  Desconhecimento dos vários pontos de atenção pelos profissionais de APS;  Baixo financiamento do SUS;  Dificuldade de cooperação entre profissionais de atenção primária e secundária;  Descompromisso dos trabalhadores com os resultados organizacionais;  Acolhimento incipiente na Estratégia Saúde da Família (ESF);  Práticas de promoção da saúde não consolidadas;  Deficiência nos processos comunicacionais;  Descompasso entre o Plano Diretor Regionalização – PDR e a prática dos usuários;  Dificuldade de acesso à atenção especializada.</p>
<b>POTENCIALIDADES</b>
<p>Maior envolvimento do Agente Comunitário de Saúde;  Expansão da cobertura da ESF;  Institucionalização de novas práticas na atenção voltada para a integração assistencial (programas de educação permanente, subsistema integrado materno infantil);  Implantação de protocolos clínicos;  Melhoria dos resultados clínicos e diminuição dos custos da assistência em sistema de saúde organizados em RAS;  Aumento da oferta de APS com diminuição das barreiras de acesso;  Estruturação da APS como porta de entrada do sistema;  Ampliação da resolubilidade da APS;  Articulação em ações de vigilância e atenção;  Avanços na integração da ESF à rede de atenção à saúde;  Investimento em tecnologia de informação e comunicação, com implantação de sistemas informatizados de regulação e prontuários eletrônicos.</p>
<b>PERSPECTIVAS/DESAFIOS</b>
<p>Vontade política para maiores investimentos na APS (investimento em estrutura física, capacitação de pessoal, fluxo e processo de trabalho, etc.);  Rompimento das características hegemônica do modelo de atenção atual;  Profissionais comprometidos com um processo de trabalho horizontal, em que se combine especialização com interdisciplinaridade;  Fortalecimento da ESF como porta de entrada no sistema de saúde;  Referências reguladas pela ESF para atenção especializada;  Fortalecimento do papel do generalista na condução dos cuidados;  Incentivos adequados para generalistas;  Usuários e especialistas abertos aos novos modelos organizacionais;  Implantação de novas práticas baseadas no agir comunicativo;  Engajamento político em prol da regionalização;  Maior divulgação da ESF;  Realização de estudos voltados à APS e RAS.</p>

Quadro 2 - Principais fragilidades, potencialidades, perspectivas/desafios, encontrados nos estudos, relacionados à Atenção Primária à Saúde como coordenadora das Redes de Atenção à Saúde.

Observou-se, pela presente revisão integrativa, a relevância da temática nas pesquisas nacionais, evidenciada pela quantidade de estudos encontrados no levantamento bibliográfico, totalizando 16 dos 18 artigos incluídos. Os achados refletem um investimento nacional no tocante à revisão dos sistemas de saúde, cujas expectativas estão devotadas à busca de soluções para as condições

crônicas, que são os agravos prevalentes na contemporaneidade (MENDES, 2010, 2011).

As condições crônicas exigem um sistema de atenção que responda de forma proativa, contínua e integrada, por meio do compromisso político com a APS, à implementação de um acolhimento qualificado e às práticas inovadoras no âmbito da política e da atenção (MENDES, 2012). Contudo, a APS, como eixo coordenador, ainda encontra vários desafios, sobretudo pela fragilidade de se implantar uma rede que permita a integração entre os níveis de atenção, em sua dimensão vertical e horizontal, bem como sistemas de apoio e de logística para sustentar os fluxos de comunicação e os processos na produção social em saúde.

Dentre os trabalhos selecionados, notou-se que foram publicados por diferentes áreas da saúde, demonstrando a característica multidisciplinar de estudos que envolveram a temática. Desses estudos, observou-se que nenhum foi anterior ao ano de 2006, o que pode estar relacionado às políticas de saúde voltadas ao fortalecimento da APS, à expansão da ESF e aos incentivos financeiros federais (BRASIL, 2006a, 2006b, 2011).

Não foi possível observar a categoria profissional que mais publicou sobre a APS na coordenação de redes, possivelmente porque se trata de tema de investigação inerente às profissões, de caráter universal.

Outro aspecto analisado se refere ao nível de evidência científica, em que a maioria dos artigos foi classificada como fraca, porque o delineamento metodológico da maioria dos estudos pautou-se em revisões e estudos de caso. Embora os achados desses estudos não pudessem ser generalizados para outras realidades e contextos ou considerados para a tomada de decisão, estes trazem contribuições e experiências importantes sobre a conformação de uma rede inspirada na APS.

Parece haver nos estudos um consenso sobre a necessidade de novas investigações com nível significativo na escala hierárquica de classificação das evidências científicas, por meio de revisões sistemáticas.

Cabe ressaltar que a consistência epistemológica e o rigor metodológico são considerados requisitos de qualidade e de impacto das pesquisas. Na presente investigação, a ênfase emerge, em sua maioria, no procedimento de coleta de dados, em que apenas metade dos estudos incluídos na pesquisa descrevia os critérios de inclusão. Outro achado importante é que, em muitos dos manuscritos, o plano amostral considerado não estava apropriado à natureza do estudo.

Igualmente, foram os manuscritos que mencionaram os fatores limitantes da pesquisa.

Quanto à questão norteadora, pôde-se observar que as fragilidades, as potencialidades e as perspectivas/desafios relacionados à APS como coordenadora das RAS são abordados de forma convergente nos estudos. Sobre as fragilidades, verificou-se como nó crítico a coordenação das redes pela APS circunstancial à carência de mecanismos e de estratégias de integração e de comunicação, de regulação do acesso pelos diferentes níveis, de ausência de sistemas informatizados que possibilitem a gestão desses processos e fluxos (ALMEIDA et al., 2010; MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

A integração em sistemas de serviços de saúde depende da qualidade dos processos de coordenação e estes, por sua vez, dependem da eficácia da comunicação instituída entre as pessoas no interior do sistema. Estudo aponta que as falhas na coordenação de serviços organizados em forma de redes podem ser decorrentes das deficiências dos processos comunicacionais e, portanto, novas práticas baseadas no agir comunicativo são de grande valia. O agir comunicativo apresenta um caminho para a transformação da prática cotidiana, em que se evoluiria de uma perspectiva autoritária, fragmentada e individualista para uma visão democrática, integrada, baseada no trabalho coletivo, na solidariedade e na comunicação (LIMA; RIVERA, 2009).

Experiências de três municípios brasileiros, em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF) e à atenção ao idoso, revelaram o desconhecimento dos profissionais da APS acerca dos vários pontos de atenção da rede, o que, além de comprometer a resolubilidade da atenção primária, produz desgastes dos profissionais, que solitariamente por vezes se incumbem de contornar os problemas de um sistema de saúde fragmentado (MOTTA; AGUIAR; CALDAS, 2011).

Para que a APS seja considerada coordenadora das redes de atenção à saúde, tornam-se necessários investimentos em tecnologias nas unidades de saúde, adequação da infraestrutura física, introdução de sistemas logísticos e de apoio e também a construção de novas unidades de saúde, dentre outros (LAVRAS, 2011).

Nesta revisão, pôde-se constatar que as potencialidades da APS se sobrepõem às fragilidades, sendo destacados pelos trabalhos os avanços na integração da ESF à rede assistencial; o aumento da oferta desta modalidade de APS; a institucionalização de novas práticas na atenção voltada para a integração

assistencial (programas de educação permanente); a implantação de protocolos clínicos, dentre outros. Em algumas localidades, onde há o compromisso político com a APS, esta tem transgredido da posição de porta de entrada para a de coordenadora, assumindo a corresponsabilidade pela saúde dos seus usuários. Os resultados são significativos, com resolubilidade, com integralidade da atenção e com eficiência (GIOVANELLA, 2006).

As experiências mencionadas em Florianópolis, em Belo Horizonte e em Vitória, revelam mecanismos para a integração da APS aos outros pontos de atenção, como instituição da política de formação de recursos humanos, centrais de regulação informatizadas agregadas à APS e introdução de protocolos clínicos. Ademais, há que se mencionar que a expansão da cobertura da ESF tem garantido essa articulação/integração (ALMEIDA et al., 2010; COSTA-E-SILVA; RIVERA; HORTALE, 2007).

Apesar de alguns resultados importantes, ainda são grandes os desafios, com destaque para o engajamento e para o comprometimento político, para o estabelecimento de fluxos para acesso aos serviços de saúde, como apontam estudos de avaliação da atenção aos idosos e de atenção à saúde mental (CAMPOS et al., 2011; PESSÔA et al., 2010; ROESE; GERHARDT, 2008;). Em pesquisa desenvolvida por Silva (SILVA, 2011), com o objetivo de analisar os desafios do SUS na promoção de uma efetiva integração entre os serviços de saúde e de conformá-los em redes de atenção à saúde, constatou-se que a coordenação pela APS depende de um projeto político profundo que transcenda o setor saúde e envolva outros setores e a própria sociedade civil.

Outro desafio importante refere-se ao rompimento das características hegemônicas do modelo de atenção atual, devotados às condições agudas, com práticas imediatistas e fragmentadas (MENDES, 2010). A ampliação das atividades clínicas do profissional médico da APS com incentivos para a continuidade de tratamento de portadores de condições crônicas à luz de diretrizes clínicas se tornam imprescindíveis. Na Alemanha e em outros países europeus, há um fortalecimento do médico generalista na condução da atenção, de modo a promover a continuidade dos cuidados. Em sete dos 15 países da União Europeia (Dinamarca, Itália, Portugal, Espanha, Reino Unido, Irlanda e Holanda), o generalista exerce a função de *gatekeeper*, ou seja, este tem poder sobre outros níveis de atenção (GIOVANELLA, 2011; KUSCHINIR; CHORNY, 2010; LAVRAS, 2011).

Os desafios a serem vencidos para garantir a APS como coordenadora das RAS são diversos. Os trabalhos realizados indicam, todavia, as potencialidades a serem implementadas em uma perspectiva abrangente de APS, condicionada às adaptações do modelo de saúde vigente e à ampliação dos recursos profissionais, assistenciais, tecnológicos e de infraestrutura.

As limitações encontradas para a realização da presente revisão se referiram ao uso das palavras-chave e dos descritores no SCIELO para a localização dos artigos na respectiva base de dados eletrônica, o que pode incorrer na ausência de algum estudo que tenha sido publicado abordando a temática investigada. Observou-se uma variedade de métodos empregados para a avaliação da APS na conformação das redes, o que impede uma análise comparativa mais refinada dos resultados alcançados. Mesmo nos estudos transversais selecionados, a amostragem se deu por conveniência, agregando, assim, outros vieses, além de memória e de causalidade reversa. Como toda pesquisa, a revisão apresenta vantagens e limitações potenciais em sua aplicação, merecendo o cuidado necessário, especialmente no que concerne às conclusões dos achados e, assim, na prevenção de prováveis equívocos subjetivos. Os autores, para eliminarem tais vieses do estudo, estiveram sustentados num plano metodológico validado por importantes expertises na temática.

Os resultados indicam que a organização do sistema de saúde em redes de atenção à saúde, coordenado pela APS, podem desempenhar um impacto significativo na saúde da comunidade, com custos suportáveis, estando esta política engendrada no arcabouço jurídico e político do SUS.

A partir desta revisão pode-se, no entanto, concluir sobre a necessidade de delineamentos metodológicos mais robustos, com consistência interna e validade externa, com vistas à apresentação à comunidade científica e geral das evidências científicas capazes de sustentar a APS como a coordenadora das RAS. Apesar do empenho dos autores na busca de trabalhos pelas bases de dados com rigor metodológico, na presente revisão integrativa, nenhum estudo foi apresentado com forte nível de evidência científica.

Apesar das limitações citadas, verificaram-se experiências exitosas de um modelo inspirador de APS coordenadora das RAS, havendo em alguns estudos lições interessantes a serem apreendidas dos percursos trilhados no âmbito local para a superação do modelo vigente e absolutamente curativista. Nesses locais,



vêm ocorrendo reformas institucionais e sociais importantes, permitindo maior valorização política, econômica e social da APS.

Vale considerar que o tema é relativamente novo e que muitos dos estudos realizados, como os estudos de caso e qualitativos, cumprem o seu papel de descrever novas realidades e de difundir boas práticas de gestão no SUS, no que se refere à coordenação dos cuidados e à conformação de redes, o que justificaria as escolhas metodológicas dos autores em detrimento aos estudos com evidências científicas mais robustas, o que é igualmente relevante para a saúde coletiva.

Acredita-se que as indagações erigidas nesta revisão integrativa possam fomentar novas investigações, com substantiva validade e possibilidades de generalizações, subsidiando, dessa forma, as políticas de saúde vigentes e a organização dos sistemas de saúde em redes, coordenado por uma APS abrangente. Ademais, a partir da elaboração desta revisão, pode-se afirmar que os achados foram de fundamental importância para a construção de um corpo de evidências científicas acerca do objeto investigado, o que possibilitou uma melhor compreensão do mesmo.

## *4 OBJETIVOS*

---

---

#### 4.1 Objetivo Geral

Adaptar e validar para o Brasil o *Check list* utilizado para avaliar o grau de integração das Redes de Atenção à Saúde.

#### 4.2 Objetivos Específicos

- Realizar a análise semântica dos itens que compõe o instrumento adaptado, considerando-se a coerência, a pertinência, a relevância e a compreensão de cada item na composição do mesmo.
- Verificar a existência dos efeitos *floor* e *ceiling* nas respostas aos itens que compõem o instrumento adaptado.
- Avaliar a fidedignidade do instrumento adaptado, em relação à consistência interna de seus itens (Alfa de *Cronbach*).
- Avaliar a validade de construto do instrumento adaptado por meio da validade convergente e discriminante.

*5 REFERENCIAL TEÓRICO –  
METODOLÓGICO: validade de  
instrumentos de medida*

---

---

## 5.1 Procedimentos para a validação de instrumentos

A validação é o processo de examinar a precisão de uma determinada predição ou inferência realizada a partir dos escores de um teste. Validar, mais do que a demonstração do valor de um instrumento de medida, é todo um processo de investigação (RAYMUNDO, 2009).

A validade é uma propriedade psicométrica dos instrumentos, considerada indispensável. Há várias formas de se analisar a validade de um instrumento; as mais comumente usadas são por julgamento ou de modo empírico. Em todas, o objetivo é averiguar se o instrumento está medindo o fenômeno que se propôs a medir. Não existe uma estratégia única para sua confirmação e a escolha das estratégias dependerá da finalidade do instrumento (MOTA; PIMENTA, 2007).

A validade é considerada como um fator crucial na escolha e/ou na aplicação de uma medida ou de um instrumento de medida. Segundo estudiosos, a validade é medida pela extensão ou pelo grau em que a medida ou o dado representa o conceito que o instrumento se propõe a medir, ou seja, a capacidade que ela tem para captar ou revelar um dado fenômeno (VITURI; MATSUDA, 2009).

Um instrumento é considerado válido quando de fato mede o construto a que se propõe. Para serem considerados legítimos e fidedignos, os instrumentos de medida devem apresentar evidências de validade e de precisão (PASQUALI, 2009). A ausência de estudos que evidenciem a validade impede o reconhecimento científico do instrumento (NORONHA, 2003).

A validade pode ser verificada sob diferentes perspectivas, enfocando-se o conteúdo, o construto e o critério (MORALES; ZARAT, 2004; PASQUALI, 1999, RAYMUNDO, 2009). O Quadro 3 apresenta uma síntese dos procedimentos utilizados para a construção e para a validação de um instrumento.

<b>Versão instrumento</b>	<b>Etapa</b>	<b>Em que consiste</b>
Primeira versão (Coleta de erros)	1) Geração de itens	Coleta de erros para a montagem do instrumento
	2) Análise de redundância agregada à composição	Agrupamento dos erros segundo a semelhança dos itens e a composição do instrumento
	3) Validação de conteúdo	Análise da representatividade dos itens por examinadores especialistas
Segunda versão (Instrumentos iniciais)	Instrumentos iniciais	Formatação e aplicação
	5) Validação de construto: fidedignidade do instrumento e do item	Procedimentos estatísticos que visam a calcular coeficientes de fidedignidade para o instrumento e a mensurar a consistência interna de cada item e de cada parte do instrumento
	6) Verificação de construto: retenção de um item no instrumento final	Verificação do grau de contribuição de cada item para a confecção da terceira versão do instrumento: itens com grau de dificuldade média e bom grau de discriminação poderão ser mantidos
Terceira versão (Instrumento final)	7) Instrumento final	Composição do Instrumento Final e sua aplicação em amostra com o mesmo padrão da amostra usada para a confecção da segunda versão a fim de se fazerem ajustes finais
	8) Validação de construto: fidedignidade do instrumento e do item	Procedimentos estatísticos que visam a calcular coeficientes de fidedignidade para o instrumento e a mensurar a consistência interna de cada item e de cada parte do instrumento
	9) Validação de critério	Verificação de uma possível correlação entre os escores do teste de consciência linguística e os escores de um teste de desempenho

Fonte: Raymundo, 2009.

Quadro 3 - Procedimentos para a construção e para a validação de instrumento.

A validação de conteúdo é um passo essencial no desenvolvimento de novas medidas porque representa o início de mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis (ALEXANDRE; COLUCI, 2001). A validade de conteúdo tem por objetivo verificar se as perguntas são a expressão observável do construto. É feita por especialistas que julgam até que ponto o instrumento é representativo do que se quer medir. Nessa fase, os juízes devem relacionar os diversos itens do instrumento a fim de caracterizar o equilíbrio do teste, o universo dos conteúdos e objetivos do processo instrucional (HALFOUN; AGUIAR; MATTOS, 2008; RAYMUNDO, 2009).

Para Pasquali (1998), precedendo a validade de conteúdo, está a análise semântica dos itens a qual tem como objetivo verificar se todos esses itens são compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina. Nela, duas preocupações são relevantes: verificar se os itens são inteligíveis para o estrato mais baixo (de habilidade) da população-meta e, por isso, a amostra para essa análise deve ser feita com esse estrato; segundo, para evitar deselegância na formulação dos itens, a análise semântica deverá ser feita também com uma amostra mais sofisticada (de maior habilidade) da população-meta (para garantir a chamada "validade aparente" do teste). Nessa análise, os juízes devem ser peritos na área do construto; uma concordância de pelo menos 80% entre os juízes pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere.

Por sua vez, a validade de construto refere-se à demonstração de que o instrumento realmente mede aquilo a que se propõe medir. As evidências necessárias para esse tipo de validação são obtidas fazendo-se uma série de estudos inter-relacionados, por meio de testes estatísticos, das construções teóricas sobre a relação entre as variáveis a serem medidas (RAYMUNDO, 2009). Considera a validade de construto como primordial, já que confirma ou rejeita os pressupostos teóricos eleitos para a construção do instrumento (NORONHA, 2003). A validade de construto pode ser analisada de acordo dois aspectos, a saber, a validade convergente e a validade discriminante, em que são consideradas as relações das dimensões empregadas no instrumento, correlacionando um determinado construto com outros conceitos e atributos concernentes ao tema em questão (DEON, 2011; MOTA; PIMENTA, 2007; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

A validade convergente é averiguada pela existência de correlação entre o construto mensurado pelo instrumento em estudo e outras variáveis com as quais tal construto deveria estar relacionado. Já a validade discriminante, é assumida se a correlação entre o item e a dimensão à qual pertence é maior do que sua correlação com as outras dimensões, às quais não pertencem (CASTRO, 2007; FAYERS; MACHIN, 2007; MOTA; PIMENTA, 2007).

A validade de critério consiste em verificar se o instrumento é capaz de identificar os que são efetivamente melhores para uma determinada atividade e se refere ao grau de correlação entre os escores de um teste e outras medidas do desempenho (critério) obtidas independente ou simultaneamente ao teste. A

validade de critério é dividida em validade concorrente e preditiva. A concorrente é avaliada pela aplicação de dois instrumentos equivalentes ao mesmo tempo, nos mesmos sujeitos e seguida da comparação dos resultados. A preditiva refere-se à acurácia de um instrumento em predizer um evento futuro (MOTA; PIMENTA, 2007; RAYMUNDO, 2009).

Os três tipos de validade, conteúdo, construto e critério, são pertinentes a todos os tipos de testes e independentes apenas no nível conceitual, pois um estudo completo de um teste normalmente envolve informação de todos os tipos de validade. Além disso, o desenvolvimento de qualquer atividade científica depende da perfeição de seus instrumentos de medida (RAYMUNDO, 2009).

### **5.1.1 Fidedignidade do instrumento**

A determinação do grau de validade de um teste é um procedimento bastante complexo, pois depende da sua finalidade, da interpretação que se dá aos escores e do seu uso. Além disso, para que um teste seja válido, é importante que seja fidedigno (RAYMUNDO, 2009).

Fidedignidade, também conhecida por confiabilidade e precisão, é outra propriedade de extrema importância para um instrumento ter boa qualidade psicométrica. Essa propriedade refere-se ao quão consistente, exato e estável é um instrumento. A fidedignidade é a propriedade que garante que o instrumento mede o objeto ao qual se propõe, de forma reproduzível. A fidedignidade se baseia na consistência e na precisão dos resultados do processo de mensuração. Para terem certo grau de confiança nos escores, os usuários de testes exigem evidências de que os escores obtidos seriam consistentes, se os testes fossem repetidos com os mesmos indivíduos ou grupos, e de que são razoavelmente precisos. A fidedignidade é, portanto, a qualidade dos escores de teste que sugere que estes são suficientemente consistentes e livres de erros de mensuração para serem úteis (MOTA; PIMENTA, 2007; URBINA, 2007).

As principais formas de se obter a fidedignidade de um instrumento são por meio do cálculo da consistência interna, da estabilidade, da utilização de formas alternativas ou por meio da fidedignidade interobservadores (MOTA; PIMENTA, 2007).



A consistência interna é obtida por intermédio de uma única administração do instrumento avaliando-se a correlação entre o resultado de um item e o resultado obtido nos demais. Nos casos em que os testes são destinados a avaliar mais de um atributo (subescalas ou domínios), a consistência interna deve ser determinada para cada um deles. O meio mais comum para calcular essa correlação é por meio do Alfa de *Cronbach* (MOTA; PIMENTA, 2007).

A fidedignidade de um teste é afetada em diferentes graus por fatores relativos ao instrumento e ao examinando. Entre os fatores relativos ao instrumento que podem afetar a fidedignidade do teste estão: número de itens (quanto maior o número de itens, maior a fidedignidade); grau de dificuldade dos itens (itens com grau de dificuldade média são os que mais contribuem para a fidedignidade); homogeneidade do teste (quanto mais homogêneo o teste em sua composição, maior a fidedignidade) (RAYMUNDO, 2009; URBINA, 2007).

Outra forma empregada na avaliação da confiabilidade de um instrumento é a realização do teste-reteste. Trata-se de uma estratégia utilizada para analisar a estabilidade ou a reprodutibilidade de uma medida. É obtido por intermédio da aplicação do instrumento em duas ocasiões diferentes, em um mesmo indivíduo, nas quais se espera que o fenômeno não tenha se alterado e que o resultado do instrumento seja mantido. Para isso, deve-se respeitar um intervalo de tempo entre as aplicações para que os participantes não se recordem dos itens. O intervalo ideal entre as aplicações do instrumento é difícil de ser determinado. Se o intervalo for curto, a memória poderá interferir e, se for longo, fatores intrínsecos ou extrínsecos ao sujeito podem afetar a resposta (DEON, 2009; MOTA; PIMENTA, 2007).

Ao contrário do teste-reteste que busca averiguar se o fenômeno permaneceu inalterado, a responsividade, outra propriedade psicométrica, pode-se considerá-la como a propriedade de detectar mudanças ao longo do tempo. Testes que avaliam a responsividade são aplicados quando se quer mostrar que o instrumento é capaz de detectar alteração no fenômeno. A responsividade pode ser prejudicada pela presença do efeito *floor* e *ceiling*, em que mais de 15% das respostas obtidas se concentram nos valores mínimos e máximos dos escores do instrumento. Cabe destacar que os resultados da responsividade e do teste-reteste podem sofrer a influência do número de sujeitos (DEON, 2009; McHORNEY; TARLOV, 1995; MOTA; PIMENTA, 2007).

Ressalta-se que compreender os procedimentos para a análise das propriedades psicométricas dos instrumentos de medidas é essencial para pesquisadores e profissionais da área de saúde preocupados em utilizar cada vez mais medidas e os instrumentos confiáveis e apropriados para determinada população (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).



## ***6 ΜΕΤΟΔΟ***

---

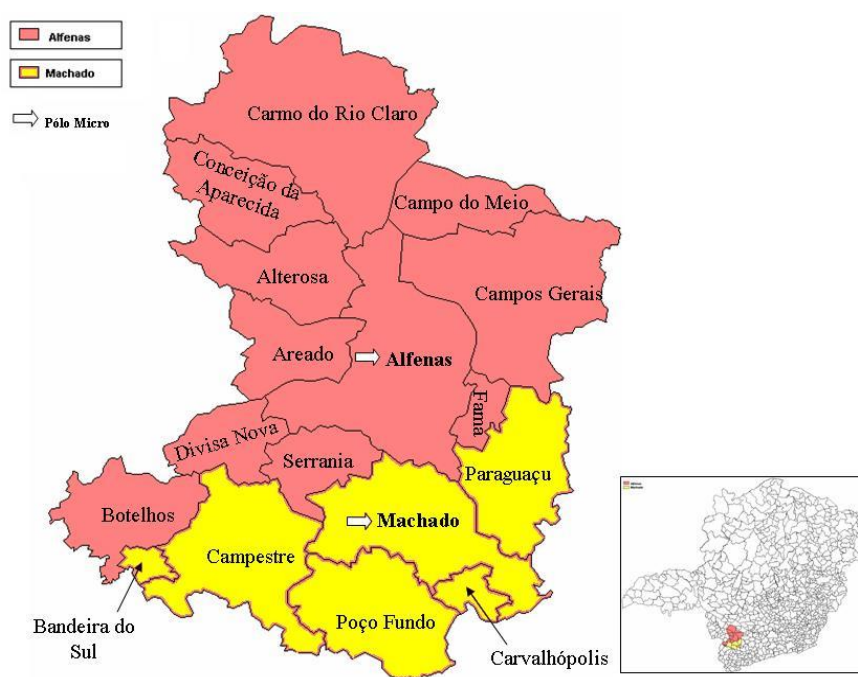
---

## 6.1 Natureza da pesquisa

Trata-se de um estudo do tipo metodológico, de corte transversal de dados (KERLINGER, 1979; PEREIRA, 2008).

## 6.2 Cenário de Estudo

A presente pesquisa foi desenvolvida na microrregião de Alfenas, localizada no Estado de Minas Gerais, pertencente à macrorregião Sul, constituída por 11 municípios, que juntos totalizam uma população de 201.119 habitantes, conforme apresentada no mapa da Figura 3.



Fonte: Relatório Anual de Gestão 2007 - Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas-MG.

Figura 3 - Mapa da Microrregião de Alfenas/MG.

Os municípios que compõem a microrregião de Alfenas/MG e suas características sociodemográficas estão apresentadas no Quadro 4.

Município	População (habitantes)	Território (Km <sup>2</sup> )	Taxa Analfabetismo (%)	ESF (%)	ACS (%)	IDH
Alfenas	73.774	850,446	8,5	60,2	69,5	0,8
Alterosa	13.800	362,010	14,5	100,4	100,4	0,7
Areado	13.731	283,124	12,2	25,1	50,3	0,8
Botelhos	14.920	334,089	13,1	22,6	45,6	0,8
Campos Gerais	27.600	275,426	14,3	61,9	96,9	0,7
Campo do Meio	11.476	769,504	14,7	100,3	68,1	0,7
Carmo do Rio Claro	20.426	1.065,685	11,9	51,6	51,6	0,8
Conceição da Aparecida	9.820	352,521	11,5	97,2	92,2	0,8
Divisa Nova	5.763	216,955	16,9	59,4	69,3	0,7
Fama	2.350	86,024	11,8	99,5	103,5	0,8
Serrania	7.542	209,270	14,9	91,0	91,0	0,7

Fonte: IBGE, 2012.

CNM – Confederação Nacional dos Municípios

Sala de Situação em Saúde

#### Quadro 4 - Características demográficas, sociais e de serviços de saúde dos municípios que compõem a microrregião de Alfenas-MG.

A escolha da referida microrregião deveu-se ao fato de esta ter passado por um processo de capacitação para a implantação do Plano Diretor de Atenção Primária à Saúde (PDAPS), atual política de fortalecimento da APS em todos os municípios nas macro e microrregiões de saúde do Estado de Minas Gerais, visando a instituir um modelo de atenção concomitante às condições crônicas e agudas por meio da implantação das Redes de Atenção à Saúde (MINAS GERAIS, 2009).

### 6.3 População de referência e amostra

A população de referência foi constituída de profissionais de saúde atuantes nas equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na microrregião de Alfenas-MG. Tal população se justifica pelo fato de a ESF se apresentar na atualidade como a principal estratégia para a reorientação e reordenamento dos sistemas de serviços de saúde no Brasil (MENDES, 2011) e porque alguns estudos demonstraram melhores resultados sanitários após a instituição desta modalidade de APS (AQUINO et al., 2009; GOMES et al, 2011; MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006;). A população do estudo está representada na Tabela 1.

Tabela 1 - Distribuição dos profissionais segundo categoria. Microrregião de Alfenas, 2012.

<b>Categoria Profissional</b>	<b>N</b>	<b>n*</b>
Médicos	41	15
Enfermeiros	41	15
Técnico e/ou Auxiliar de Enfermagem	43	15
Agente Comunitário de Saúde	246	79
Auxiliar de Saúde Bucal	32	10
Dentista	32	10
Outros profissionais de nível superior	16	06
<b>Total</b>	<b>451</b>	<b>150</b>

Fonte: Sala de situação em saúde - MS, 2012.

Nota: n\* - amostra referente ao teste piloto.

A amostra do estudo foi do tipo aleatória, estratificada e proporcional às categorias profissionais, totalizando 206 sujeitos, incluindo a amostra participante da validação semântica. Estes foram distribuídos em dois grupos para cada fase distinta do estudo, conforme descrito adiante. Segundo Sapnas e Zeller (2002), este número de participantes é considerado suficiente para o processo de validação proposto.

### 6.3.1 Critérios de inclusão e exclusão

Como critérios de inclusão dos participantes da pesquisa, foram considerados profissionais de saúde que atuavam nas equipes de ESF por período mínimo de seis meses, independentemente da categoria profissional e que manifestaram disposição para participar da pesquisa. Adotou-se como critério de exclusão profissionais de saúde que não estavam em exercício de suas funções no período da coleta de dados.

### 6.4 Check list referência

Para a pesquisa foi utilizado o *check list* elaborado por Mendes (2011), constituído por sete dimensões (População, APS, Pontos de Atenção Secundária e Terciária, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos, Sistemas de Governança e Modelos de Atenção à Saúde) e 174 itens (ANEXO A).

Originalmente, o *check list* foi construído para avaliar o grau de integração das RAS, entretanto, na discussão com Mendes (2011), pôde-se constatar que o mesmo traz possibilidades de se avaliar a capacidade da APS de coordenar as RAS, haja vista o teor dos construtos que o compõem, porque estes situam a APS como cerne de um processo de integração dos diversos pontos de atenção, considerando para tal os sistemas de apoio, de logística e de governança, atributos tidos como estratégicos para o efeito de coordenação. Assim, mediante autorização do respectivo autor (APÊNDICE C), objetivando a confecção de um instrumento com capacidade de avaliar a coordenação das RAS pela APS, o qual foi denominado pela autoria da pesquisa de *COPAS – Instrumento de avaliação da coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária* optou-se por adaptar e validar cinco das sete dimensões que o compõem.

O Quadro 5 apresenta as dimensões consideradas para o processo de adaptação e de validação do *COPAS*, bem como suas definições e o número de itens pertencentes a cada dimensão. Cabe destacar que a escolha dessas cinco dimensões se refere ao fato de considerá-las essenciais para o exercício do atributo coordenação, já que o maior desafio que se estabelece atualmente diz respeito à definição das ferramentas de gestão (sistemas de apoio, sistemas logísticos e de governança), assim esses aspectos devem ser ressaltados visando qualificar o papel da APS na coordenação da atenção à saúde (MENDONÇA, 2009).

DIMENSÃO	DEFINIÇÃO	ITENS
População	Vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos sociosanitários	14
Atenção Primária à Saúde (APS)	Centro de comunicação das RAS	19
Sistemas de apoio	São os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde	15
Sistemas logísticos	São soluções tecnológicas, ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização da regulação do acesso, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nas redes	16
Sistema de governança	É o arranjo organizativo uni ou pluri-institucional que permite a gestão de todos os componentes da RAS, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, a aumentar a interdependência entre eles e a obter bons resultados sanitários e econômicos para a população adstrita	14

Fonte: MENDES, 2011.

Quadro 5 - Definições consideradas para as dimensões a serem adaptadas e validadas.



Os itens foram escalonados segundo uma escala do tipo *Likert* de 1 a 5, com as seguintes opções de respostas: 1, discordo totalmente; 2, discordo; 3, não concordo nem discordo; 4, concordo; 5, concordo totalmente. Assim, o instrumento COPAS ficou constituído de cinco dimensões (Quadro 5) e 78 itens voltados à avaliação da capacidade da APS na coordenação das RAS (ANEXO B).

## **6.5 Procedimentos metodológicos para a coleta e para as análises dos dados**

Para a coleta de dados, os pesquisadores fizeram contato prévio com as Secretarias de Saúde dos municípios participantes do estudo, para a apresentação do projeto e para a definição de estratégias da coleta de dados. Na ocasião, foram solicitados os nomes das ESF e endereços. Posteriormente, cada unidade de saúde foi contatada para a apresentação da investigação e para a anuência.

O recrutamento dos profissionais deu-se após esse momento, sendo agendada com cada profissional a data, o horário e o local, em conformidade com sua disponibilidade e conforto. Salienta-se que na fase da validação semântica e no teste piloto, o instrumento foi autoaplicado.

### **6.5.1 Validação Semântica**

A amostra utilizada para o processo de validação semântica foi composta por 56 profissionais, sendo 28 do nível médio, que correspondem aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), aos Auxiliares de Saúde Bucal (ASB) e aos Auxiliares e/ou Técnicos de Enfermagem e 28 profissionais de nível superior, compondo-se de Médicos, Enfermeiros, Dentistas, Fisioterapeutas, Psicólogos, Educadores Físicos e Fonoaudiólogos, atuantes nas ESF do município de Alfenas/MG. Destaca-se que este último é o município que possui maior número de equipes de ESF. A coleta de dados se deu entre os meses de março e abril de 2013.

Para a realização da validação semântica dos itens, foram utilizados os seguintes formulários:

- Formulário de validação semântica - Impressão Geral do Projeto DISABKIDS® (ANEXO C);

- Formulário de validação semântica - Específico do Projeto DISABKIDS® (ANEXO D);
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os sujeitos participantes da pesquisa, (APÊNDICE A) e;
- Primeira versão conciliada do instrumento COPAS.

A coleta de dados foi realizada em três etapas. A Figura 3 apresenta de forma esquemática as etapas metodológicas consideradas para a realização do processo de validação semântica.

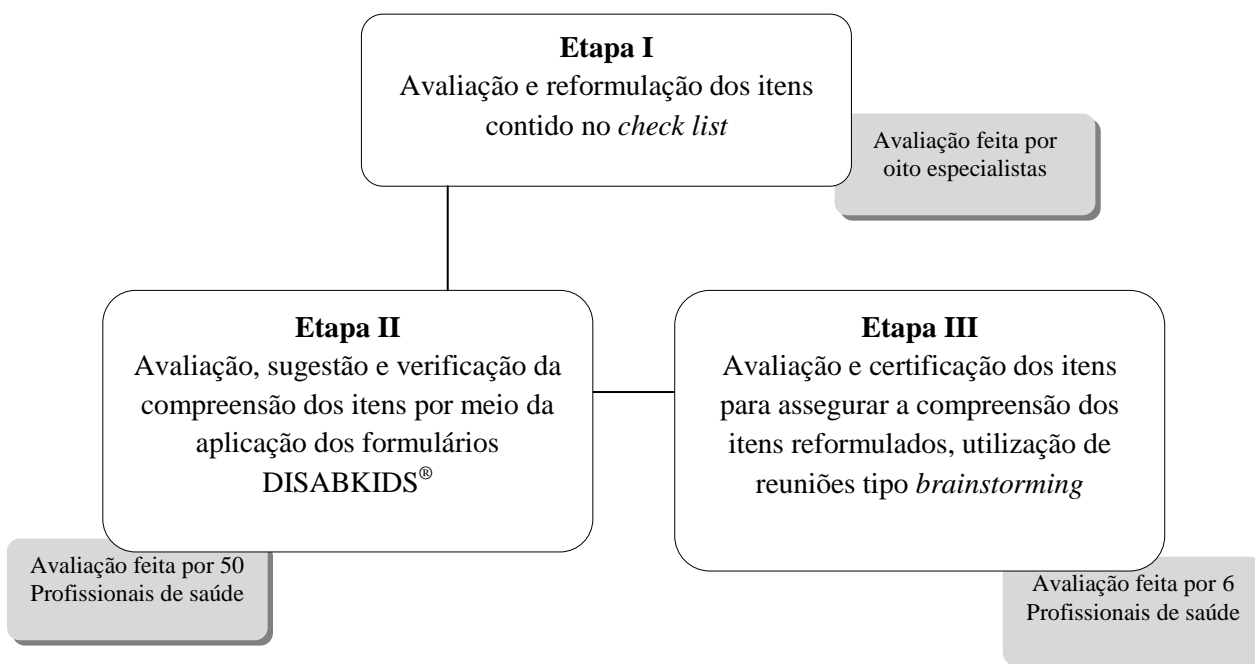


Figura 4 - Etapas metodológicas para a realização da validação semântica.

Na etapa I, os itens que compõem o instrumento foram analisados por um grupo de oito especialistas, divididos em quatro duplas. Cada dupla avaliou um subconjunto de itens, sendo:

- a) Subconjunto 1: itens de 1 a 20;
- b) Subconjunto 2: itens de 21 a 40;
- c) Subconjunto 3: itens de 41 a 60 e;
- d) Subconjunto 4: itens de 61 a 78.

Essa fase teve por objetivo avaliar a equivalência gramatical e de vocabulário e a coerência entre os termos utilizados e as experiências vividas pela população à qual se destina o instrumento, dentro do seu contexto cultural.

Na sequência, dois especialistas com conhecimento da temática abordada fizeram uma versão conciliada entre o *check list* original e as sugestões propostas pelos especialistas. Além disso, definiram a primeira versão (*COPAS*) que, então, foi submetida às demais etapas do processo de validação semântica.

A validação semântica, na etapa II, consistiu na verificação da compreensão dos itens existentes no *COPAS* por meio de entrevistas com os respondentes. Essa fase visou identificar problemas de entendimento e de aceitação dos termos por parte dos sujeitos envolvidos na pesquisa, além de certificar se todos os itens são compreensíveis para todos os membros da população à qual o instrumento se destina (PASQUALI, 1999).

Para essa etapa, foram utilizados os formulários de Impressão Geral e Específica do Projeto DISABKIDS® (DISABKIDS, 2004), após autorização da representante do respectivo projeto no Brasil (ANEXO D). Nesse momento, foram montados 16 grupos, cada grupo constituído por três participantes, sendo oito grupos formados por profissionais de nível superior e oito grupos formados por profissionais de nível médio.

Com o intuito de garantir o número mínimo de 10 pessoas para cada dimensão do instrumento a ser avaliado (WHO, 2012), um dos grupos foi formado por quatro pessoas de nível superior e quatro do nível médio, totalizando 50 sujeitos, os quais avaliaram um subconjunto de itens que foi escolhido de forma aleatória.

Para essa avaliação, o instrumento foi dividido em oito subconjunto de itens, sendo:

- a) Subconjunto A, composto pelos itens de 1 a 10;
- b) Subconjunto B, composto pelos itens de 11 a 20;
- c) Subconjunto C, composto pelos itens de 21 a 30;
- d) Subconjunto D, composto pelos itens de 31 a 40;
- e) Subconjunto E, composto pelos itens de 41 a 50;
- f) Subconjunto F, composto pelos itens de 51 a 60;
- g) Subconjunto G, composto pelos itens de 61 a 70 e;
- h) Subconjunto H, composto pelos itens de 71 a 78.

Nessa fase, primeiro, todos responderam ao instrumento; posteriormente, cada participante analisou um subconjunto de itens, sendo que os mesmos subconjuntos de itens foram analisados sempre por um grupo de nível médio e por um grupo de nível superior.

Os dados obtidos nessa etapa da investigação foram confrontados entre os participantes de nível superior e médio, recorrendo-se para tal ao Índice de Concordância de Kappa (LANDIS; KOCH, 1977). Para a classificação da concordância entre os participantes, seguiram-se os mesmos critérios definidos por Landis e Koch (1977), em que valores acima de 0,20 são consideráveis; acima de 0,60 substanciais e de 0,80 excepcionais.

A divisão em subgrupos na fase de análise semântica é uma proposta do grupo DISABKIDS<sup>®</sup>, visando garantir a fidedignidade das respostas, pois uma análise detalhada de todos os itens do instrumento, quanto à sua importância e entendimento por um mesmo profissional pode se constituir em grande e exaustiva tarefa (DEON, 2011; DISABKIDS, 2004).

Sequencialmente, o instrumento foi reestruturado com base na análise semântica dos resultados dos grupos acima descritos e, posteriormente, com o objetivo de assegurar a compreensão dos itens reformulados, realizou-se a etapa III, que consistiu em uma reunião com um grupo formado por três sujeitos do nível médio, sendo um ACS, um ASB e um técnico de enfermagem, escolhidos por conveniência, numa situação de *brainstorming*, em que foi apresentado item a item, pedindo para que fosse reproduzido pelos membros do grupo. Em seguida a essa sessão, realizou-se uma sessão de verificação dos itens com um grupo de sujeitos, também formado com três profissionais de saúde, de nível superior, a saber, um médico, um enfermeiro e um dentista. O objetivo dessa verificação consistiu em evitar que os itens se apresentassem demasiadamente primitivos para esses sujeitos e assim perderem a validade aparente (PASQUALI, 1999). Tomaram-se todos os cuidados, satisfazendo, assim, as recomendações de Ciconelli et al. (1999) que consideram que as questões com mais de 15% de respondentes com dúvidas, devem ser revistas e reaplicadas em outros respondentes. O nível de significância adotado no estudo foi de 5% ( $\alpha=0,05$ ). Os dados gerados nessa etapa da investigação foram analisados por meio do SPSS versão 10.0 (SPSS, 1999).

### 6.5.2 Teste Piloto

O teste piloto foi realizado após a realização da validação semântica e teve por objetivo analisar as características psicométricas iniciais do instrumento, as

quais estão relacionadas a conhecer se as dimensões constantes da versão adaptada do *check list* realmente mensuravam o que se pretendeu medir e se eram adequadas para suas finalidades. Além disso, objetivou-se simular o estudo de campo (DEON, 2011).

A amostra utilizada nesta etapa da investigação foi composta de 150 sujeitos, sendo 46 profissionais de nível superior, entre médicos, enfermeiros, dentistas, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogo e farmacêutico e 104 profissionais de nível médio, sendo ACS, ASB e auxiliares e/ou técnicos. Adotou-se a referência de Terwee et al. (2007) que estabelece o mínimo de 100 sujeitos para este tipo de estudo.

Cabe considerar que, diferentemente da amostra do processo de validação semântica, os profissionais que participaram da fase do teste piloto foram selecionados entre todos os profissionais de saúde que atuam nas ESF de todos os municípios que compõem a microrregião de Alfenas/MG. A amostra participante da fase de validação semântica foi excluída da amostra do teste piloto.

A coleta de dados, nessa fase, se deu entre os meses de agosto a outubro de 2013 e na ocasião, foram contratados entrevistadores que receberam treinamento prévio, a fim de se limitarem divergências às abordagens dos sujeitos durante a aplicação do instrumento.

Os formulários utilizados nessa etapa foram os seguintes:

- Segunda versão do instrumento *COPAS*, reestruturado após realização da terceira etapa do processo de validação semântica (ANEXO B);
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos sujeitos participantes do estudo (APÊNDICE A).

Nessa fase do teste piloto, a descrição da distribuição dos participantes segundo respostas ao instrumento, foi realizada objetivando a obtenção dos valores medianos, dos médios e dos desvios-padrão. Foi verificada também a presença dos efeitos *floor* e *ceiling*, os quais são considerados presentes nas dimensões se mais do que 15% dos respondentes alcançam o menor ou o maior escore possível do instrumento, respectivamente (McHORNEY; TARLOV, 1995), conforme descrito anteriormente. Segundo Terwee et al. (2007), a amostra recomendada para que se obtenha informações aceitáveis acerca dos efeitos *floor* e *ceiling* é de no mínimo 50 sujeitos.

A fidedignidade da versão adaptada foi analisada segundo sua consistência interna determinada pelo alfa de *Cronbach*. Considerou-se como aceitáveis os valores de alfa iguais ou superiores a 0,70 (TERWEE et al., 2007).

A validade de construto foi analisada por meio da validade convergente e discriminante segundo análise multitraço-multimétodo (MTMM), a qual explora as relações entre os itens e as dimensões do instrumento, por meio do programa *Multitrait Analysis Program* (MAP) (WARE; HAYASHI; HAYS, 1988). É um método bastante útil quando o número de itens do instrumento é grande, o que implica um número considerável de correlações (FAYERS, 2000; FEGADOLI, 2008).

Em estudos iniciais de validação, a validade convergente é satisfeita se a correlação entre o item e o domínio ao qual ele pertence for superior a 0,30 para estudos iniciais e 0,40, para estudos finais. A validade discriminante é satisfeita sempre que a correlação entre o item e a dimensão à qual hipoteticamente ele pertence é maior ou estatisticamente maior do que sua correlação com outras dimensões às quais não pertence (FAYERS, 2000; FEGADOLI, 2008).

Para a validade de construto, adotou-se como critério os seguintes valores de coeficiente de correlação de Pearson, 0,00 a 0,19, correlação ausente ou muito fraca; 0,20 a 0,39, correlação fraca; 0,40 a 0,59, correlação moderada; 0,60 a 0,79, correlação forte e de 0,80 a 1,00, correlação muito forte (BRITISH MEDICAL JOURNAL, 2007).

Os Softwares *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS 10.0) e MAP foram utilizados para as análises. O nível de significância adotado no estudo foi de 5% ( $\alpha=0,05$ ). Com o objetivo de evitar erros na transcrição dos dados, utilizou-se a técnica de dupla digitação.

## 6.6 Aspectos éticos da pesquisa

O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo (EERP/USP), de acordo com as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa em Seres Humanos, Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96 (BRASIL, 1997), recebendo aprovação de acordo com o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 10853412.4.0000.5393 (ANEXO E). Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), aos quais foi assegurada a condição de estrita confidencialidade dos nomes (APÊNDICES A, B).

## *7 RESULTADOS*

---

---

Os resultados a seguir estão descritos em duas partes; na primeira, descreve-se o processo de validação semântica, quando são apresentadas as características dos sujeitos participantes, bem como os resultados encontrados em cada uma das etapas realizadas e, outra, referente às características dos participantes do teste piloto e dos resultados encontrados, relativos às propriedades psicométricas iniciais da versão adaptada.

## 7.1 Validação Semântica

Considerando-se as diferentes etapas programadas pela pesquisa, observou-se que na primeira etapa com os especialistas, 44 (56%) itens sofreram alterações referentes a determinados termos ou expressões que se mostraram de difícil compreensão à população do estudo; seis itens foram totalmente reformulados a fim de adaptá-los à conjuntura da APS. O Quadro 6 apresenta os itens na versão original do *check list* e na primeira versão do *COPAS*, sugerida pelos especialistas.

ITENS	
<i>Check list</i>	Primeira versão conciliada <i>COPAS</i>
<b>03</b> - A estrutura operacional da RAS é formatada em função dessas necessidades?	<b>03</b> - A oferta de ações e serviços da APS estão organizadas em função das necessidades de saúde.
<b>05</b> - A RAS dispõe de um Plano Diretor de Regionalização?	<b>05</b> - A APS dispõe de um planejamento para a resolubilidade das ações, que incorporem a integração com outros territórios/APS, levando em conta a disponibilidade/qualidade dos recursos financeiros e dos serviços de saúde.
<b>06</b> - O Plano Diretor de Regionalização, na sua estruturação, incorporou os princípios de contiguidade territorial, subsidiaridade econômica e social, economia de escala, relações entre escala e qualidade, identidade cultural, fluxos viários, fluxos assistenciais e acesso?	<b>06</b> - Há um projeto institucional de integração da APS, para formação de um distrito sanitário, considerando seus recursos, tecnologias e necessidades de saúde da população.
<b>72</b> - Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	<b>72</b> - Há terceirização da gestão e serviços da APS.
<b>73</b> - Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da rede e contém incentivos para o alcance desses objetivos?	<b>73</b> - Os serviços terceirizados da APS estão alinhados com os objetivos da rede e contém incentivos para o alcance desses objetivos.
<b>77</b> - Como se dá o pagamento aos prestadores (por unidade de serviço ou por procedimento, 0; por unidade de serviço ou por procedimento aliado a outra forma, 1; por orçamento global, 2; por capitação, 3)?	<b>77</b> - O pagamento dos prestadores de serviço à APS se dá por meio do orçamento global do município.

Quadro 6 - Itens que foram totalmente reformulados a fim de adaptá-los ao contexto da APS.



Na segunda etapa que tratou especificamente da validação semântica, 50 profissionais de saúde responderam aos formulários. A Tabela 2 apresenta as suas características demográficas e respectivas profissões.

Tabela 2 - Características dos profissionais de saúde participantes da fase de análise semântica do instrumento COPAS, segundo a categoria profissional. Alfenas/MG, 2013.

Características	Nível médio n (%)	Nível superior n (%)
<b>Sexo</b>		
Feminino	22 (88)	18 (72)
Masculino	3 (12)	7 (28)
<b>Idade média (anos)/Desvio padrão</b>	37,32 / 8,62	36,44 / 8,51
<b>Categoria Profissional</b>		
Agente Comunitário de Saúde	20 (80)	
Auxiliar de Saúde Bucal	3 (12)	
Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem	2 (8)	
Médico		6 (24)
Enfermeiro		5 (20)
Fonoaudiólogo		1 (4)
Educador Físico		1 (4)
Odontólogo		8 (32)
Psicólogo		1 (4)
Fisioterapeuta		3 (12)
<b>Tempo médio de serviço (anos)/Desvio padrão</b>	5,02 / 4,36	4,98 / 3,06

Tomando como base a tabela 3, verifica-se que o instrumento COPAS foi avaliado pelos respondentes como muito bom e bom pelos profissionais de nível médio e de nível superior, todavia o índice de concordância de Kappa foi bem pobre, talvez pelas diferenças na proporcionalidade entre bons e muito bons. Uma divergência constatada foi quanto às dificuldades no preenchimento do instrumento, verificando-se os profissionais de nível médio apresentaram maior dificuldade que os de nível superior, alcançando um índice de Kappa de -0,283 de concordância ( $p=0,028$ ). Em relação à pertinência dos itens do instrumento para o contexto de trabalho, observa-se proporções similares entre os grupos.

Tabela 3 - Índice de Concordância Kappa (K) entre os participantes de nível médio e superior à avaliação do instrumento COPAS. Alfenas/MG, 2013.

Variáveis	Nível médio n (%)	Nível superior n (%)	Kappa	p valor	Concordância
<b>Avaliação geral do instrumento</b>					
1. Muito bom	5 (10)	12 (24)	-0,164	0,168	Pobre
2. Bom	15 (30)	13 (26)			
3. Regular	5 (10)	0 (0)			
<b>Opinião sobre os itens</b>					
1. Todos foram fáceis de entender	4 (8)	11 (22)	-0,208	0,087	Pobre
2. Alguns foram difíceis de entender	18 (36)	14 (28)			
3. Todos foram difíceis de entender	3 (6)	0 (0)			
<b>Dificuldades no uso das categorias de respostas</b>					
1. Sem dificuldades	6 (12)	15 (30)	-0,283	0,028**	Considerável*
2. Algumas dificuldades	16 (32)	10 (20)			
3. Muitas dificuldades	3 (6)	0 (0)			
<b>Pertinência dos itens para o contexto de trabalho do profissional</b>					
1. Muito importante	18 (36)	18 (36)	0	1	Pobre
2. Às vezes importantes/Não importantes	7 (14)	7 (14)			

Notas: \*: Os grupos de participantes tiveram opiniões divergentes, por isso o sinal negativo; \*\*p<0,05.

Referentemente à análise dos resultados do formulário da parte específica de validação semântica, notou-se certo grau de dificuldade dos participantes, especialmente dos profissionais de nível médio, para a sugestão de reformulação dos itens, uma vez que estes não eram compreendidos pelos mesmos.

Com relação à pertinência dos itens para o contexto de trabalho dos profissionais de saúde, observou-se que 21 (27%) itens foram considerados por 28 (56%) dos respondentes como “às vezes importantes” e “não importantes” para o seu trabalho. Esses itens, bem como, sua descrição, estão demonstrados no Quadro 7.

ITEM	DESCRIÇÃO
03	<i>A oferta de ações e serviços da APS estão organizados em função das necessidades de saúde da população</i>
05	<i>A APS dispõe de um planejamento que incorporem a integração com outras unidades de APS e serviços, levando em conta a disponibilidade/qualidade dos recursos</i>
07	<i>Os territórios sanitários estão com oferta adequada dos pontos de atenção à saúde secundários</i>
08	<i>Os territórios sanitários estão com oferta adequada dos pontos de atenção à saúde terciários</i>
09	<i>A população de responsabilidade da APS está toda adscrita a uma unidade ou a uma equipe de APS</i>
12	<i>Há estratificação/ subdivisão da população quanto ao perfil sociodemográfico</i>
13	<i>Há estratificação/subdivisão da população quanto a vulnerabilidades sociais</i>
22	<i>Há uma boa interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)</i>
30	<i>As equipes de APS utilizam rotineiramente instrumentos de abordagem familiar (genograma, listagem de problemas familiares e outros)</i>
32	<i>Os agentes comunitários de saúde estão qualificados para realizar a articulação e o vínculo entre as equipes e as organizações comunitárias</i>
33	<i>Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS</i>
52	<i>Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede</i>
60	<i>Há um sistema de transporte sanitário integrado na APS, com rotas pré-definidas e comunicação em tempo real</i>
61	<i>O sistema de transporte de urgências e emergências é realizado por ambulâncias de suporte básico e suporte avançado</i>
65	<i>Há uma política de valorização da APS pelos gestores, trabalhadores e usuários para que ela regule o acesso dos usuários no sistema de saúde</i>
66	<i>A organização da APS tem se dado mediante a participação ativa e corresponsável dos gestores, trabalhadores e usuários</i>
67	<i>A APS se organiza por meio do Planejamento Estratégico Situacional</i>
68	<i>A missão, visão e os valores da APS são estabelecidos, conhecidos e compartilhados por todos os participantes</i>
70	<i>Esse sistema contempla a avaliação dos usuários</i>
72	<i>Há terceirização da gestão e serviços da APS</i>
74	<i>As gerências dos serviços de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da APS</i>

Quadro 7 - Itens considerados como “às vezes importantes” e “não importantes” para o contexto de trabalho dos profissionais de saúde.

No que tange à opinião sobre os itens, constatou-se que 18 (72%) profissionais de nível médio e 16 (64%) profissionais de nível superior consideraram os itens como “às vezes difíceis de entender”.

Considerando o grau de dificuldade dos participantes para a compreensão dos itens, empreendeu-se a etapa III. Esta se referiu à realização de reunião do tipo *brainstorming*, quando 18 (23%) itens foram modificados. O Quadro 8 apresenta os principais termos que mais geraram dúvidas e dificuldade em sua compreensão pelos profissionais de saúde, bem como suas alterações. Destaca-se que todas as sugestões relacionadas à falta de compreensão do item e as modificações sugeridas, quando consideradas pertinentes, foram incorporadas ao instrumento.

<b>Termos</b>	<b>Alterações</b>
Territórios sanitários	Áreas de cobertura da APS
Pontos de atenção à saúde	Níveis de atenção à saúde
Riscos sociais	Condições sociais
Condições de saúde estabelecidas	Diagnóstico médico
Linhas guias	Normas específicas padronizadas pelo município
Conselho local	Conselho de bairro
Insumos farmacêuticos	Medicamentos e produtos farmacêuticos

Quadro 8 - Termos e alterações sugeridas e adaptados no COPAS.

## 7.2 Teste Piloto

Da etapa do teste piloto, participaram 150 sujeitos, com idade média de 33,5 anos, sendo a menor idade de 20 anos e a maior, de 65 anos. O tempo médio de serviço foi de 4 anos, sendo o mínimo de seis meses e o máximo de 15 anos. A Tabela 4 apresenta as características demográficas, bem como as categorias profissionais da amostra participante dessa etapa.

Tabela 4 - Características dos profissionais de saúde participantes da fase de análise semântica do instrumento COPAS, segundo categoria a profissional. Microrregião de Alfenas/MG, 2013.

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>		
Feminino	129	86,0
Masculino	21	14,0
<b>Idade média (anos)/ Desvio Padrão</b>	33,5 / 8,76	100,0
<b>Categoria Profissional</b>		
Agente Comunitário de Saúde	79	52,6
Auxiliar de Saúde Bucal	10	6,70
Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem	15	10,0
Médico	15	10,0
Enfermeiro	15	10,0
Fisioterapeuta	02	1,30
Odontólogo	10	6,70
Psicólogo	01	0,70
Nutricionista	02	1,30
Farmacêutico	01	0,70
<b>Tempo médio de serviço no cargo (anos) /Desvio Padrão</b>	4,0 / 3,42	100,0

Os valores obtidos para a média, a mediana, o desvio padrão e os valores mínimos e máximos para cada uma das dimensões podem ser observadas na Tabela 5.

Tabela 5 - Valores máximo, mínimo, média, mediana e desvio padrão para cada uma das dimensões que compõem o COPAS. Microrregião de Alfenas/MG, 2013.

	Média	Mediana	Desvio padrão	Valor mínimo	Valor máximo
População	3,9	3,8	0,4	2,8	4,8
APS	3,7	3,7	0,4	2,4	5,0
Sistemas de apoio	3,5	3,6	0,6	2,0	5,0
Sistemas logísticos	3,0	3,0	0,5	1,4	4,6
Governança	3,4	3,5	0,6	2,0	4,7

A presença dos efeitos *floor* e *ceiling*, em cada uma das dimensões que compõem o instrumento COPAS, está demonstrada na Tabela 6.

Tabela 6 - Análise dos efeitos *floor* e *ceiling*, em relação às respostas obtidas nas dimensões do COPAS. Microrregião de Alfenas/MG, 2013.

	%Respostas concentradas no valor mínimo	%Respostas concentradas no valor máximo
População	2,8	4,8
APS	2,4	5,0
Sistemas de apoio	2,1	5,0
Sistemas logísticos	1,4	4,7
Governança	2,0	4,7

Notou-se que não houve presença dos efeitos *floor* e *ceiling* em alguma das dimensões, o que significa dizer que não houve concentração acima de 15% nos valores mínimos ou máximos das dimensões.

A fidedignidade do instrumento foi avaliada por meio do alfa de *Crobanch* em que foram calculados os valores relativos a cada uma das dimensões com a exclusão de itens, a fim de se averiguar a importância de cada item na manutenção da consistência interna das dimensões. No Quadro 9, estão descritos esses resultados.

População		APS		Sistemas de apoio		Sistemas Logísticos		Governança	
Item	$\alpha^*$	Item	$\alpha^*$	Item	$\alpha^*$	Item	$\alpha^*$	Item	$\alpha^*$
01	0,633	15	0,782	34	0,855	49	0,712	65	0,798
02	0,650	16	0,772	35	0,856	50	0,695	66	0,776
04	0,627	18	0,776	36	0,858	51	0,726	67	0,799
05	0,629	19	0,768	37	0,856	52	0,706	68	0,784
06	0,603	20	0,751	38	0,856	53	0,702	69	0,789
07	0,632	21	0,763	39	0,856	54	0,763	70	0,792
08	0,623	22	0,773	40	0,867	55	0,713	71	0,794
09	0,643	23	0,770	41	0,854	56	0,733	72	0,854
10	0,651	24	0,753	42	0,850	57	0,720	73	0,796
11	0,669	25	0,757	43	0,853	58	0,732	74	0,799
12	0,671	26	0,752	44	0,855	59	0,715	75	0,805
13	0,626	27	0,770	45	0,864	60	0,717	76	0,792
14	0,660	28	0,752	46	0,852	61	0,689	77	0,817
		29	0,775	47	0,860	62	0,700	78	0,810
		30	0,758	48	0,851	63	0,696		
		31	0,772			64	0,735		
		32	0,766						
		33	0,781						
<b><math>\alpha</math> dimensão</b>	<b>0,655</b>		<b>0,776</b>		<b>0,865</b>		<b>0,730</b>		<b>0,813</b>

Nota:  $\alpha^*$  = alfa de Cronbach se o item for excluído.

Quadro 9 – Valores para o alfa de *Cronbach* para cada uma das dimensões e quando o item é excluído do *COPAS*.

Os resultados apresentados no Quadro 9 demonstraram aos valores de alfa de *Cronbach*, por dimensão e item a item, se os mesmos fossem excluídos. Na referida tabela pôde-se observar uma diminuição na consistência interna em cada uma das dimensões quando os itens foram excluídos, com exceção dos itens onze, doze e quatorze da dimensão população; os itens quinze e trinta e três da dimensão APS; o item quarenta da dimensão sistemas de apoio; os itens cinquenta e quatro, cinquenta e seis e sessenta e quatro da dimensão sistemas logísticos e os itens setenta e dois e setenta e sete da dimensão governança, em que a retirada gerou discreto aumento nas dimensões.

Constatou-se também que os valores obtidos para o alfa de *Cronbach*, nas dimensões que compõem o *COPAS*, variaram entre 0,655 a 0,865, sendo que as dimensões população e sistemas de apoio apresentaram o menor e maior valores, respectivamente. Tais valores expressam consistência interna e confiabilidade satisfatórias.

Conforme descrito anteriormente, para a análise da validade de construto, verificada por meio das validades convergente e discriminante, utilizaram-se os

valores referentes ao coeficiente de correlação de Pearson entre os itens e cada uma das dimensões, conforme análise mutitraço-multimétodo.

No que se refere à validade convergente, verificou-se que, conforme o critério adotado (correlações entre o item e a dimensão a que pertence  $> 0,30$  para estudos iniciais), esta satisfeita para a maioria dos itens. No entanto, valores de correlações inferiores a  $0,30$  foram observados em alguns itens das demais dimensões, sendo que a dimensão sistemas de apoio apresentou validade convergente muito satisfatória para todos os itens que a compõem e a dimensão governança somente dois itens apresentaram valores de correlação inferiores a  $0,30$ .

Os valores do coeficiente de correlação de Pearson entre os itens e cada umas das dimensões estão demonstrados na Tabela 7.

Tabela 7 – Valores do coeficiente de correlação de Pearson entre os itens e cada uma das dimensões do COPAS, obtidos segundo análise multitraço-multimétodo. Microrregião de Alfenas/MG, 2013.

Item	População	APS	Sistema de Apoio	Sistema Logístico	Governança	Total
01	<b>0,35</b>	0,28	0,28	0,12	0,17	0,28
02	<b>0,19</b>	0,13	0,16	0,13	0,27	0,21
03	<b>0,44</b>	0,39	0,30	0,31	0,26	0,40
04	<b>0,44</b>	0,18	0,25	0,04	0,21	0,25
05	<b>0,33</b>	0,40	0,38	0,34	0,39	0,45
06	<b>0,48</b>	0,35	0,33	0,32	0,34	0,43
07	<b>0,32</b>	0,45	0,38	0,40	0,27	0,45
08	<b>0,37</b>	0,49	0,24	0,34	0,18	0,39
09	<b>0,26</b>	0,29	0,08	0,07	-0,01	0,15
10	<b>0,18</b>	0,05	0,10	-0,04	0,07	0,08
11	<b>0,14</b>	0,16	0,05	0,21	0,13	0,17
12	<b>0,12</b>	0,16	0,10	0,14	0,15	0,16
13	<b>0,36</b>	0,22	0,28	0,28	0,35	0,36
14	<b>0,14</b>	0,19	0,09	0,06	-0,01	0,11
15	0,20	<b>0,07</b>	0,02	-0,12	0,03	0,04
16	0,20	<b>0,26</b>	0,00	0,11	0,07	0,14
17	0,15	<b>0,31</b>	-0,01	0,12	-0,01	0,13
18	0,35	<b>0,18</b>	0,30	0,01	0,27	0,26
19	0,36	<b>0,33</b>	0,40	0,33	0,38	0,44
20	0,46	<b>0,58</b>	0,48	0,48	0,38	0,58
21	0,29	<b>0,39</b>	0,59	0,50	0,51	0,57
22	0,16	<b>0,27</b>	0,16	0,17	0,16	0,22
23	0,29	<b>0,30</b>	0,26	0,13	0,27	0,30
24	0,26	<b>0,51</b>	0,31	0,48	0,26	0,44
25	0,45	<b>0,51</b>	0,56	0,45	0,37	0,57
26	0,51	<b>0,56</b>	0,53	0,47	0,42	0,61
27	0,24	<b>0,30</b>	0,34	0,21	0,32	0,35
28	0,48	<b>0,57</b>	0,51	0,52	0,40	0,60
29	0,36	<b>0,18</b>	0,24	0,03	0,01	0,19
30	0,41	<b>0,45</b>	0,29	0,48	0,34	0,47
31	0,04	<b>0,28</b>	0,16	0,32	0,22	0,26
32	0,25	<b>0,35</b>	0,19	0,40	0,29	0,36
33	-0,04	<b>0,14</b>	0,08	0,33	0,14	0,17
34	0,29	0,28	<b>0,53</b>	0,20	0,33	0,40
35	0,19	0,35	<b>0,53</b>	0,34	0,41	0,46
36	0,40	0,38	<b>0,47</b>	0,32	0,44	0,49
37	0,28	0,28	<b>0,53</b>	0,27	0,24	0,39



Continuação

Item	População	APS	Sistema de Apoio	Sistema Logístico	Governança	Total
39	0,27	0,44	<b>0,51</b>	0,50	0,39	0,52
41	0,33	0,31	<b>0,56</b>	0,28	0,35	0,44
42	0,26	0,40	<b>0,63</b>	0,49	0,40	0,54
43	0,18	0,32	<b>0,57</b>	0,40	0,46	0,48
44	0,12	0,38	<b>0,53</b>	0,33	0,32	0,42
45	0,33	0,37	<b>0,38</b>	0,42	0,48	0,49
46	0,47	0,46	<b>0,59</b>	0,47	0,53	0,62
47	0,26	0,30	<b>0,46</b>	0,31	0,32	0,40
48	0,42	0,42	<b>0,61</b>	0,45	0,47	0,58
49	0,28	0,29	0,48	<b>0,37</b>	0,55	0,49
50	0,36	0,45	0,63	<b>0,54</b>	0,55	0,63
51	0,26	0,24	0,36	<b>0,24</b>	0,37	0,36
52	0,12	0,28	0,34	<b>0,45</b>	0,37	0,39
53	0,17	0,30	0,36	<b>0,48</b>	0,37	0,42
54	0,02	-0,07	0,02	<b>-0,17</b>	-0,04	-0,06
55	0,19	0,25	0,28	<b>0,37</b>	0,35	0,36
56	-0,01	0,15	0,04	<b>0,18</b>	0,04	0,10
57	0,22	0,31	0,05	<b>0,29</b>	0,16	0,25
58	0,08	0,17	0,17	<b>0,18</b>	0,10	0,17
59	0,28	0,29	0,35	<b>0,34</b>	0,49	0,43
60	0,26	0,50	0,13	<b>0,32</b>	0,31	0,37
61	0,32	0,52	0,39	<b>0,58</b>	0,37	0,53
62	0,33	0,53	0,27	<b>0,47</b>	0,31	0,46
63	0,21	0,39	0,49	<b>0,52</b>	0,42	0,51
64	0,35	0,15	0,21	<b>0,09</b>	0,24	0,24
65	0,18	0,24	0,35	0,42	<b>0,49</b>	0,42
66	0,38	0,45	0,53	0,60	<b>0,76</b>	0,67
67	0,40	0,33	0,40	0,28	<b>0,47</b>	0,45
68	0,33	0,39	0,48	0,64	<b>0,67</b>	0,62
69	0,34	0,34	0,48	0,48	<b>0,61</b>	0,55
70	0,29	0,38	0,43	0,45	<b>0,56</b>	0,52
71	0,29	0,28	0,36	0,33	<b>0,53</b>	0,44
72	-0,05	0,02	-0,10	-0,09	<b>-0,20</b>	-0,10
73	0,36	0,50	0,46	0,42	<b>0,52</b>	0,56
74	0,26	0,31	0,45	0,32	<b>0,47</b>	0,45
75	0,25	0,31	0,33	0,37	<b>0,38</b>	0,41
76	0,28	0,45	0,53	0,56	<b>0,56</b>	0,59
77	0,01	0,03	0,19	-0,03	<b>0,17</b>	0,10
78	0,20	0,32	0,18	0,43	<b>0,34</b>	0,36

No que tange à validade discriminante, as porcentagens de itens com correlações maiores e significativamente maiores com suas dimensões do que com suas correlações com as demais dimensões evidenciam resultados satisfatórios em relação à validade discriminante, com melhores resultados para a dimensão sistemas de apoio. Tais resultados estão demonstrados na Tabela 8.

Tabela 8 – Resultados da análise MAP para os escores do *COPAS*. Microrregião de Alfenas/MG, 2013.

	População		APS		Sistema de Apoio		Sistema Logístico		Governança	
	n itens	%	n itens	%	n itens	%	n itens	%	n itens	%
-2	0	0,0	4	5,3	0	0,0	7	10,9	4	7,1
-1	16	28,6	17	22,4	5	8,3	13	20,3	2	3,6
1	29	51,8	42	55,3	24	40,0	30	46,9	31	55,4
2	11	19,6	13	17,1	31	51,7	14	21,9	19	33,9
<b>Ajuste</b>		<b>71,4</b>		<b>72,4</b>		<b>91,7</b>		<b>68,8</b>		<b>89,3</b>

Os valores de -2 a 2 mostrados na tabela possuem as seguintes interpretações: 2: a correlação do item com a dimensão a que pertence é significativamente maior do que sua correlação com a dimensão à qual não pertence; 1: a correlação do item com a dimensão a que pertence é maior do que sua correlação com a dimensão à qual não pertence; -1: a correlação do item com a dimensão que pertence é menor do que sua correlação com dimensão a que não pertence e -2: a correlação do item com a dimensão a que pertence é significativamente menor do que sua correlação com a dimensão à qual não pertence.

Na Tabela 9, estão apresentados os valores mínimos e máximos de cada dimensão para a padronização dos escores do instrumento *COPAS*, no intuito de comparar os escores entre as dimensões. Tais valores foram calculados da seguinte forma:  $[(\text{valor do item} - \text{valor mínimo da dimensão}) / (\text{valor máximo da dimensão} - \text{valor mínimo da dimensão})] \times 100$ .

Tabela 9 – Valores mínimos e máximos de cada dimensão que compõem o COPAS para padronização dos escores. Microrregião de Alfenas/MG, 2013.

Dimensões	Valores Mínimos	Valores Máximos
População	14	70
APS	19	95
Sistema de Apoio	15	75
Sistema Logístico	16	80
Governança	14	70

## *8 DISCUSSÃO*

---

---

A validação semântica realizada possibilitou ajustamento considerável do instrumento, tornando-o mais compreensível aos sujeitos, especialmente para os profissionais de nível médio. No desenvolvimento dessa etapa puderam-se constatar as dificuldades na compreensão de alguns termos exauridos em publicações científicas como “territórios sanitários”, “área de abrangência”, “pontos de atenção”, todavia estes conceitos não foram comuns aos profissionais dos serviços, o que em tese parece se tratar de uma dificuldade de vincular a descrição semântica do discurso (pautado na prática) com a própria formação de conceitos científicos (AZEVEDO, 2010).

Outro fator, possivelmente associado, refere-se à fissura ainda existente entre a universidade e os serviços de saúde. Segundo autores, não é possível pensar a mudança na formação dos profissionais de saúde sem a discussão sobre a articulação ensino-serviço, considerando-a um espaço privilegiado para uma reflexão sobre a realidade da produção de cuidados e a necessidade de transformação do modelo assistencial vigente em um modelo que considere como objetivo central as necessidades dos usuários. Não cabe mais uma relação distanciada e cerimoniosa entre o ensino e o serviço. Muito pelo contrário, é necessária uma articulação estreita, tendo em vista a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho (ALBUQUERQUE et al., 2008; BUCHAN et al., 2013).

Ademais há autores que ressaltam a importância da cooperação conjunta entre universidade e serviços de saúde, uma vez que esta possibilita a troca de experiências muito saudáveis para ambas as instituições (LAPÃO; DUSSAULT, 2012). Para a universidade, contribui com a atualização frente às rápidas mudanças que ocorrem no setor saúde e, para os serviços, proporciona uma aproximação com elementos teóricos; para ambas, uma fluidez na relação teoria-prática, bem como a organização das práticas sanitárias (MISHIMA et al., 1997).

Colocar a APS na direção do sistema de atenção em saúde exige liderança, capacitação e apoio profissional (BOERMA, 2007). Nesse sentido, há que se destacar o grande empenho dos profissionais em responder à investigação e, dessa forma, dar a sua contribuição para que o instrumento fosse mais assimilável/palatável por estes, especialmente por eles considerarem que o mesmo trará contribuições para o fortalecimento dos serviços e, assim, para a saúde da comunidade e pela lógica de ver a avaliação como mecanismo que permite a análise

e a discussão que leva à aprendizagem e à melhoria organizacional (AZEVEDO, 2010).

Cotidianamente, os profissionais de saúde apresentam dificuldades para garantir uma ação integral, demonstradas neste estudo pelos altos percentuais de itens considerados pelos respondentes como “às vezes importantes” e “não importantes” para seu trabalho. Há autores que consideram que tal fato se relacione à pouca valorização pelos profissionais de saúde da importância de conhecer suas particularidades e elementos constituintes para que possam realizar processos de trabalhos congruentes com a proposta da APS (DEMENECK, 2008; LAPÃO; DUSSAULT, 2012).

Entretanto, a reorganização do sistema de saúde com fortalecimento do papel da APS e o exercício da função de coordenação pelo profissional/equipe de APS implica credibilidade desse profissional/equipe frente aos pacientes e a outros prestadores, o que depende de mudanças culturais e da formação desses profissionais; já que é a dinâmica dos atores sociais, sujeitos das relações no cotidiano assistencial, que reproduz ou cria novos modelos assistenciais (GIOVANELLA, 2008).

Dessa forma, a amostra envolvida na etapa de validação semântica foi composta por diferentes categorias profissionais, favorecendo uma visão interdisciplinar do sistema. Ademais, a aplicação da metodologia adotada na presente pesquisa favoreceu para garantir termos e expressões com fidedignidade de compreensão pelas diversas categorias. Cabe considerar que não foram necessárias exclusões de itens da escala, e as alterações realizadas em relação ao *check list* original se justificaram pela melhor compreensão dos itens do instrumento.

Pode-se afirmar, pela validação semântica realizada, que o instrumento proposto foi considerado válido quanto ao seu conteúdo e a sua aplicabilidade aos profissionais de nível médio e superior que atuam na ESF.

Com a finalidade de se detectar a presença de possíveis itens extremos na escala, a existência de efeitos *floor* e *ceiling* foram verificados. Na presente pesquisa, estes não ocorreram em nenhuma das dimensões que compõem o instrumento. Tais resultados indicam uma boa responsividade do mesmo, característica importante para a detecção de mudanças ao longo do tempo. Segundo Terwee et al. (2007), para que se mantenha a validade de conteúdo, é importante que não ocorram acúmulo de respostas nos limites inferiores (*floor*) e

superiores (*ceiling*) da escala, pois se houver mais de 15% das respostas concentradas dentro desses limites, é provável a existência de perdas concentrando-se nos extremos da escala, o que indicaria validade de conteúdo limitada. Desta forma, a versão adaptada se mostrou com boa validade de conteúdo.

No que se refere à fidedignidade do mesmo, o alfa de *Cronbach*, nas distintas dimensões, variou entre 0,655 a 0,865, o que significa valores aceitáveis, bons, muito bons ou quase perfeitos, de acordo o referencial adotado na pesquisa (TERWEE et al., 2007).

A estatística alfa de *Cronbach* foi utilizada também para verificar a importância de cada item em cada dimensão, com e sem o respectivo item. A retirada dos itens 11, 12, 14, 15, 33, 40, 54, 64, 72 e 77 provocou discreto aumento na consistência interna das dimensões correspondentes, o que indica que o item tem relevância limitada na explicação do construto (FEGADOLI, 2008). Os demais itens, quando retirados, diminuíram a consistência interna da dimensão a que pertencem.

Para a validade de construto, foi realizado o estudo das validades convergente e discriminante, segundo a análise multitraço-multimétodo. A validade convergente mostrou que foi muito satisfatória para todos os itens da dimensão sistema de apoio, com 100% das correlações com valores superiores a 0,30. Tais resultados se apresentam como ideias em estudos iniciais (FAYERS; MACHIN, 2007). Entretanto, valores de correlações inferiores a 0,30 foram observados em alguns itens das demais dimensões. Esses resultados devem ser analisados com cautela devido ao fato de o instrumento *COPAS* apresentar um grande número de itens, num total de 78, o que pode exigir um número maior de sujeitos participantes na amostra do que a utilizada no presente estudo, de 150 participantes.

Na etapa de validade discriminante, pôde-se constatar que os itens apresentaram correlações maiores e significativamente maiores com suas respectivas dimensões do que com as dimensões às quais não pertencem, sendo que a dimensão sistema de apoio apresentou os melhores resultados (91,7%).

Diante dos achados apresentados, referentes à validação semântica e às propriedades psicométricas iniciais, acredita-se que após a realização da pesquisa de campo, o instrumento *COPAS* poderá ser utilizado no reconhecimento dos dilemas enfrentados pela APS para se constituir um eixo coordenador das RAS, podendo dessa forma subsidiar as decisões de gestores e de profissionais de saúde,

no que concerne à estruturação e à organização do sistema local, apresentando-se, assim, como uma ferramenta passível de utilização na prática diária. Dessa forma, contribuirá para a superação de problema da saúde coletiva que se refere à fragmentação da assistência no SUS.

Espera-se que o instrumento *COPAS* possa colaborar também, de maneira significativa, com pesquisadores e trabalhadores no enfrentamento da fragmentação da atenção à saúde no SUS, e assim para a transformação de um sistema de saúde integrado, organizados em RAS, inspirados essencialmente na APS.



## *9 CONCLUSÃO*

---

---

O presente estudo foi desenvolvido segundo metodologias propostas para a adaptação e validação de instrumentos de mensuração quantitativa de construtos subjetivos.

A validação semântica realizada para a versão adaptada, *COPAS*, mostrou-se como estratégia para a sensibilidade cultural e para a compreensão dos itens pela população do estudo, que esteve composta por diversas categorias profissionais e níveis de formação.

Ademais, o número de sujeitos recrutados para essa etapa bem como a variabilidade de categorias profissionais participantes foi importante para dar ao instrumento um teor mais multiprofissional e interdisciplinar, havendo, assim, um cuidado em garantir os vários olhares e saberes, o que é salutar quando se vislumbra a RAS.

Alguns conceitos contidos no instrumento pareciam não fazer parte do universo de alguns atores, pelo menos sinalizavam desconhecimento, como “territórios sanitários”, “conselhos locais”, “redes”. Uma das hipóteses levantadas foi o incipiente investimento na formação e na educação permanente. Destaca-se que as RAS são definidas, planejadas e geridas a partir de rodas de conversa, de forma democrática e participativa, sendo que um marcador de progresso é justamente a uniformidade e coerência na compreensão de alguns processos. Assim, essa etapa mostrou alguns descompassos nesse sentido.

A análise semântica mais comumente tem sido compreendida para a tradução e a retradução de outro idioma, todavia esse exercício foi bem interessante para testar a sensibilidade do instrumento à população a que ele se destina. Ao final da realização da última etapa do processo de validação semântica, o instrumento se apresentou de fácil entendimento e com boa aceitabilidade pela população à qual se destina.

O instrumento *COPAS* apresentou propriedades psicométricas iniciais satisfatórias conforme o referencial teórico-metodológico adotado para o estudo. Assim, conclui-se que:

- Não se observou a presença dos efeitos *floor* e *ceiling* em qualquer uma das dimensões que compõem o *COPAS*;
- A fidedignidade de consistência interna foram satisfatórias, com valores de alfa de Crobach entre 0,655 a 0,865, demonstrando que a versão adaptada é um instrumento confiável;

- Segundo análise dos valores de correlações entre itens e dimensões, na análise multitraço-multimétodo, a validade convergente foi satisfatória para a maioria dos itens do instrumento, com algumas correlações apresentando valores inferiores a 0,30, nas dimensões população, APS, sistema logístico e governança;
- A análise multitraço-multimétodo mostrou, na validade discriminante, que as correlações entre os itens e as dimensões a que pertencem, em sua maioria, foram significativamente maiores ou maiores que suas correlações com as dimensões às quais não pertencem, o que indicou que o *COPAS* discrimina bem entre as diferentes dimensões; tendo sido a dimensão sistema de apoio a que apresentou melhor resultado (91,7%).

Os achados deste estudo demonstram que o *COPAS* pode vir a ser amplamente utilizado, tanto por pesquisadores quanto por trabalhadores da saúde, por seus resultados iniciais apontarem ser um instrumento válido e confiável. Entretanto, cabe considerar que tais achados serão confirmados por meio da realização do teste de campo, com uma amostra maior, na qual propriedades adicionais, como a análise fatorial confirmatória, serão também efetuadas.

Considerando-se que um sistema de saúde organizado em redes, tendo a APS como eixo estruturante, necessita do trabalho, envolvimento e comprometimento de todos os profissionais de saúde que compõem uma equipe, espera-se que o instrumento *COPAS* possa se apresentar como uma ferramenta útil aos gestores e aos profissionais de saúde para a reorganização dos seus processos e sistemas.

## *REFERÊNCIAS*

---

---

AIPC - AUSTRALIAN INSTITUTE FOR PRIMARY CARE. **The review and identification of an existing, validated, comprehensive assessment tool**, 2004. Disponível em: <<http://www.latrobe.edu.au/aipc>>. Acesso em: 02 abr. 2013.

ALBUQUERQUE, V. S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, p. 356-362, 2008.

ALEXANDRE, N. M.; COLUCI, M. Z. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 3061-3068, 2011.

ALMEIDA, P. F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 286-298, 2010.

AZEVEDO, T. M. Argumentação a serviço do processo de formação de conceitos científicos. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E EDUCAÇÃO, 5., 2010, Caxias do Sul. **Universidade de Caxias do Sul**. Caxias do Sul: 2010. p. 1-12.

BENGOA, R. Empantanados. **RISAI**, n. 1, v. 1, p. 8, 2008. Disponível em: <<http://pub.bsolut.net/risai/vol1/iss1/8>>. Acesso em: 23 ago. 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comitê Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos. Resolução n. 196, de 1996. **Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**, Brasília, DF, p.12, abr. 1997.

BRASIL. Portaria n.º 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**. Brasília DF, 22 fev. 2006a. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 22 dez. 2012.

BRASIL. Portaria n.º 648/GM de 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial da União**. Brasília DF, 28 mar. 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-648.htm>>. Acesso em: 21 dez. 2012.

BRASIL. Portaria n.º 4279 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**. Brasília DF, 30 dez. 2010. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf)> Acesso em: 02 de fev. 2012.

BRASIL. Portaria n.º 1.654 de 19 de julho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável – PAB Variável. **Diário Oficial da União**. Brasília DF, 19 jul. 2011. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt1654\\_19\\_07\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm./2011/prt1654_19_07_2011.html)> Acesso em: 21 dez. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade Aberta do SUS. Conceitos da Redes de Atenção à Saúde - RAS. Brasília: DF. 2012. Disponível em: [https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6023/mod\\_resource/content/3/un01/index.html](https://unasus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/6023/mod_resource/content/3/un01/index.html). Acesso em 19 de novembro de 2013.

BOERMA, W. G. W. Coordination and integration in European primary care. In: SALTMAN, R. S.; RICO, A.; BOERMA, W. G. W. (Ed). **Primary care in the driver's seat?** Organizational reform in European primary care. Berkshire: Open University Press, 2007. p. 3-21.

BMJ - BRITISH MEDICAL JOURNAL. **Statistics at square one:** correlation and regression. 2007. Disponível em: <<http://bmj.bmjjournal.com/collections/statsbk/11.dtl>>. Acesso em: 20 fev. 2012.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews in the development of concepts. In: RODEGRS, B. L.; KNAFL, K. A. **Concept development in nursing:** foundations, techniques and applications. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1993. p.193-215.

BUCHAN, J.; TEMIDO, M.; FRONTEIRA, I.; LAPÃO, L.; DUSSAULT, G. Nurses in advanced roles: a review of acceptability in Portugal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 2, 38-46, 2013.

CAMPOS, R. O. et al. Saúde mental na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em uma grande cidade brasileira. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 4643-4652, 2011.

CASTRO, E. M. **Adaptação transcultural e validação do instrumento genérico de mensuração de qualidade de vida relacionada à saúde, DISABKIDS 37, para crianças e adolescentes mexicanos com doenças crônicas e seus pais ou cuidadores: Fase I.** 2007. 182 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

CECÍLIO, L. C. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 2893- 2902, 2012.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF 36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n.3, p.143-150, 1999.

CONTI, M. A. et al. Adaptação transcultural: tradução e validação de conteúdo para o idioma português do modelo da *Tripartite Influence Scale* de insatisfação corporal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 26, p. 503-513, 2010.

COOPER, H. M. **The Integrative research review.** Beverly Hills: SAGE Publications, 1984. 142p.

COSTA-E-SILVA, V.; RIVERA, F. J.; HORTALE, V. A. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1405-1414, 2007.

DAWSON, A. P. Asthma in the Australian Indigenous population: a review of the evidence. **Rural and Remote Health**, v. 4, n. 238, 2004. Disponível em: <<http://rrh.deakin.edu.au>>. Acesso em: 20 nov. 2013.

DEMENECK, K. A. Características da Atenção Primária à Saúde. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 37, p. 84-90, 2008.

DEON, K. C. **Adaptação cultural e validação do módulo específico dermatite atópica do instrumento de avaliação de qualidade de vida relacionada á saúde de crianças e adolescentes - DISABKIDS® - MDA – Fase I.** 2009. 147 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

DEON, K. C. et al. Tradução e adaptação cultural para o Brasil do DISABIKS<sup>®</sup> Atopic Dermatitis Module (ADM). **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, p. 450-457, 2011.

DISABKIDS GROUP. **Translation and validation Procedure**. Guidelines and documentation form. Leiden: The DISABKIDS Group, 2004.

ENTHOVEN, A. C. Integrated Delivery Systems: The Cure for Fragmentation. **The American Journal of Managed Care**, v. 15, n. 10, p. S284-290, 2009.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of Life: assessment, analysis and interpretation**. New York: Wiley, 2000. p. 02-71.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. **Quality of Life: assessment, analysis and interpretation**. 2 ed. New York: John Wiley & Sons Ltda, 2007.

FEGADOLI, C. **Adaptação transcultural e validação do instrumento DISABKIDS 37 para crianças e adolescentes brasileiros com condições crônicas: Fase I**. 2008. 192 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

GANONG, L. H. Integrative reviews of Nursing Research. **Research in Nursing & Health**, v. 10, p. 1-11, 1987.

GIOVANELLA L. A atenção primária à saúde nos países da União Europeia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 951-963, 2006.

GIOVANELLA L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cadernos Saúde Pública**, v. 24, p. S7-S27, 2008. Suplemento 1.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para um abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GIOVANELLA L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 1081-1096, 2011.



GOMES, K. O. et al. Atenção primária à saúde – a “menina dos olhos” do SUS: sobre as representações sociais dos protagonistas do sistema único de saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.16, p.881-892, 2011.

HALFOUN, V. L. R. C.; AGUIAR, O. B.; MATTOS, D. S. Construção de um Instrumento para Avaliação de Satisfação da Atenção Básica nos Centros Municipais de Saúde do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, p. 424-430, 2008.

IBANEZ, N. et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população do Brasil, por sexo e idade para o período de 1980 a 2050**. Resumo da Metodologia. Coordenação de Populações e Indicadores Sociais, 2004.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 ago. 2012.

KERLINGER, F. N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: EPU, 1979.

KUSCHINIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2307-2316, 2010.

LANDIS, J. R., KOCH, G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics**, v. 33, p. 159-174, 1977.

LAPÃO, L. V.; DUSSAULT, G. Formação de gestores e responsáveis clínicos no âmbito da reforma da atenção primária em Portugal. **Revista Tempus – Atas de Saúde Coletiva**, p. 1-19, dez. 2012.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011.

LIMA, J. C. RIVERA FJU. Agir comunicativo, redes de conversação e coordenação em serviços de saúde: uma perspectiva teórico-metodológica. **Comunicação, Saúde e Educação**, v. 31, p. 329-342, 2009.

LEONE, C.; DUSSAULT, G.; LAPÃO, L. V. Reforma na atenção primária à saúde e implicações na cultura organizacional dos Agrupamentos dos Centros de Saúde em Portugal. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 1, 2013. No prelo.

MACINKO J.; GUANAIS, F. C.; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990–2002. **J Epidemiol Community Health**. v.60, n.1, p. 13-19, january. 2006.

McHORNEY, C. A.; TARLOV, A. R. Individual – patient monitoring in clinical practice: are available health status survey adequate? **Quality of Life Research**, v. 4, p. 293-307, 1995.

MARQUES, A. J. S. et al. **O choque de gestão na saúde em Minas Gerais**. Belo Horizonte, Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2009. 324 p.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, E. V. **O Cuidado das condições crônicas na Atenção Primária à Saúde**: o imperativo da consolidação da Estratégia de Saúde da Família. Brasília: OPAS, 2012.

MENDONÇA, C. S. (Coord.). Coordenação do cuidado e efetividade clínica. In: **RELATÓRIO descritivo do Ciclo de debates sobre redes regionalizadas de atenção à saúde**: desafios do SUS. Brasília, DF: OPAS, 2009. p. 11-17. (Relatório descritivo. Tema: Atenção Primária na Saúde - APS como eixo estruturante das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde no SUS).

MENDONÇA, C. S. Bases teóricas e conceituais da APS coordenadora de redes de Atenção nas Américas. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Inovando o papel da Atenção Primária nas Redes de Atenção à Saúde**: Resultados do Laboratório de Inovação em quatro capitais brasileiras. Organização Pan-Americana da Saúde – Representação Brasil: Gerencia de Sistemas de Saúde / Unidade Técnica de Serviços de Saúde. Brasília. 2010. 97 p. Disponível em: <new.paho.org/bra/apsredes>. Acesso em: 10 nov. 2012.

MINAS GERAIS. **Implantação do Plano Diretor da Atenção Primária à Saúde**: Redes de Atenção à Saúde. Belo Horizonte: ESP/MG, 2009.

MISHIMA, S. M. et al. Relação universidade e serviços de saúde – construindo possibilidades de trabalho. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 5, p. 17-22, 1997.

MOTA, D. D. C. F.; PIMENTA, C. A. M. Avaliação e mensuração de variáveis psicossociais: desafio para pesquisa e clínica de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 28, p. 309-314, 2007.

MOTTA, L. B.; AGUIAR, A. C.; CALDAS, C. P. Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: experiências em três municípios brasileiros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 779-786, 2011.

MORALES, R. A.; ZARAT, L. M. **Epidemiología clínica: investigación clínica aplicada**. Bogotá: Médica Internacional, 2004.

NORONHA, A. P. P. et al. Propriedades psicométricas apresentadas em manuais de testes de inteligência. **Psicologia em Estudo**, v. 8, n. 1, p. 93-99, 2003.

NUNNALLY, J. C. **Psychometric theory**. New York: McGraw-Hill Book Company, 1978.

OLIVEIRA, E. X. G. **A multiplicidade do único - territórios do SUS**. Tese submetida ao Curso de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz. 2005. < Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/evangelinap1\\_2005.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/ct/pdf/evangelinap1_2005.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2013.

OMS - Organização Mundial de Saúde. **Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital**. Brasília: OMS, 2003.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados primários de saúde: agora mais que nunca** (Relatório mundial da saúde 2008). Genebra: OMS; 2008.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate**. Brasília: OPAS, 2011.

ORDACGY, A. S. **A tutela de saúde como um direito fundamental do cidadão**. Disponível em: <[www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo\\_saude\\_andre.pdf](http://www.dpu.gov.br/pdf/artigos/artigo_saude_andre.pdf)>. Acesso em: 15 ago. 2012.

- PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.
- PASQUALI, L. **Instrumentos Psicológicos: Manual Prático de Elaboração**. Brasília: LabPAM IBAPP, 1999.
- PASQUALI, L. Psicometria. **Revista de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 992-999, 2009.
- PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.
- PESSÔA, L. R. et al. Challenges in organizing care networks for the elderly in two regions of Brazil. **Cadernos de Saúde Pública** v. 26, p. 1314-1322, 2010.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.
- RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de Hoje**, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009.
- REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Desenvolvimento de instrumentos da aferição epidemiológicos. In: KAC, G.; SCHIERI, R.; GIGANTE, D. (Eds.) **Epidemiologia nutricional**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 227-243, 2007.
- RODRIGUES, L. B. B. et al. A Atenção Primária à Saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, 2012.  
Disponível em:  
<[http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=11415](http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/artigo_int.php?id_artigo=11415)>.  
Acesso em: 10 nov. 2012.
- ROESE, A., GERHARDT, T. E. Fluxos e utilização de serviços de saúde: mobilidade dos usuários de média complexidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 29, p. 221-229, 2008.
- SACKETT, D. L.; STRAUS, S. E.; RICHARDSON, W. S.; ROSENBERG, W.; HAYNES, R. B. **Evidence-based medicine – How to practice and teach EBM**. Oxford: Churchill Livingstone, 2000. 173-175.

- SALA, A.; NEMES, M. I. B.; COHEN, D. D. Metodologia de avaliação do trabalho na atenção primária à saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, p. 741-751, 1998.
- SALA DE SITUAÇÃO EM SAÚDE, 2010. Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/>. Acesso em: 20 de agosto de 2011.
- SANTOS, Q. G. et al. A crise de paradigmas na ciência e as novas perspectivas para a enfermagem. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.15, n. 4, p. 833-837, 2011.
- SAPNAS, K. G.; ZELLER, R. A. Measuring sample size when exploratory factor analysis for measurement. **Journal of nursing measurement**, v. 10, n. 2, p. 135-154, 2002.
- SCHERER, M. D. A.; MARINO, S. R. A.; RAMOS, F. R. S. Rupturas e revoluções no modelo de atenção à saúde: reflexões sobre a estratégia saúde da família com base nas categorias Kuhnianas. **Interface (Botucatu)**, v. 9, n. 16, p. 53-66, 2005.
- SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, p. 61-74, maio. 2011. (Saúde no Brasil 4). Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2013.
- SCHRAMM, J. M. A. et al. Transição epidemiológica e o estudo de cargas de doença no Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, p. 897-908, 2004.
- SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do sistema único de saúde (Brasil). **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2753-2762, 2011.
- SINGH, P. J.; SMITH, A. An empirically validated quality management measurement instrument. **Benchmarking: An international Journal**, v. 13, n. 4, p. 493-522, 2006.
- SPSS. Statistical Package for Social Sciences, 10.0. **User's Guide Chicago**: SPSS, Inc., 1999.
- SISSON, M. C. et al. Estratégias de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade** v. 20, p. 991-1004, 2011.

STARFIELD, B. (Org.). **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde, 2002.

TERWEE, C. B. et al. Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 60, n. 1, p. 34-42, 2007.

THOMAS, P. et al. A. Networks for research in primary health care. **BMJ**. v. 322(7286), p. 588-590, 2001.

THOMAS, P.; ALBERT, T. Getting primary care research published: the experience of the WeLReN writers' support group. **Primary Health Care Research and Development**, v. 3, p. 210-211, 2002.

URBINA, S. **Fundamentos da testagem psicológica**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

VITURI, D. W.; MATSUDA, L. M. Validação de conteúdo de indicadores de qualidade para avaliação do cuidado de enfermagem. **Revista de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 429-437, 2009.

ZAR, J. H. **Biostatistical Analysis**. New Jersey: Prentice Hall, 2009. 960 p.

WARE, J. E.; HAYASHI, T.; HAYS, R. D. **User's guide for the Multitrait Analysis Program (MAP)**. Land Corporation, 1988.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care. Report of the international conference on primary health care**, Alma-Ata, Geneva: WHO; 1978.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**. 2008-2013. 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/nmh/Actionplan-PCNCD-2008.pdf>>. Acesso em: 24 mai. 2013.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Montreux Statement from the Steering Committee of the First Global Symposium on Health Systems Research**. 2010. Disponível em:

< [http://healthsystemsresearch.org/hsr2010/index.php?option=com\\_content&view=article&id=111](http://healthsystemsresearch.org/hsr2010/index.php?option=com_content&view=article&id=111). Acesso 18 nov. 2013.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Management of substance abuse: process of translation and adaptation of instruments**. 2012. Disponível em:

<[http://www.who.int/substance\\_abuse/research\\_tools/translation/en/](http://www.who.int/substance_abuse/research_tools/translation/en/)>. Acesso em: 03 mar. 2013.





## ANEXO A – Check list de avaliação do desenvolvimento das redes de atenção à saúde

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
POPULAÇÃO	1. Há uma população claramente definida sob responsabilidade da RAS?	
	2. Há uma clara definição das necessidades de saúde dessa população?	
	3. A estrutura operacional da RAS é formatada em função dessas necessidades?	
	4. Há um processo de territorialização da RAS?	
	5. A RAS dispõe de um Plano Diretor de Regionalização?	
	6. O Plano Diretor de Regionalização, na sua estruturação, incorporou os princípios de contiguidade territorial, subsidiaridade econômica e social, economia de escala, relações entre escala e qualidade, identidade cultural, fluxos viários, fluxos assistenciais e acesso?	
	7. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde secundários?	
	8. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde terciários?	
	9. A população de responsabilidade da RAS está toda adscrita a uma unidade de APS ou a uma equipe de PSF?	
	10. A população está cadastrada na APS por unidade familiar?	
	11. As unidades familiares estão classificadas por riscos sociais?	
	12. A população está subdividida por perfil demográfico?	
	13. A população está subdividida por fatores de risco?	
	14. A população está subdividida por condições de saúde estabelecidas?	
<b>TOTAL – População</b>		
ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	15. A equipe da APS tem claro o seu papel de responsabilização por sua população adscrita?	
	16. Há uma equipe multiprofissional com responsabilidades claras de cada membro na APS?	
	17. Essas responsabilidades derivam das linhas-guia das diferentes condições de saúde?	
	18. A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	
	19. Há incentivos para as pessoas usuárias adotarem a APS como porta de entrada da rede?	
	20. As relações entre a APS e os demais níveis de atenção da RAS estão claramente definidas?	
	21. A APS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais?	
	22. Há uma boa interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	23. Há um vínculo estreito e contínuo entre as equipes de APS e as pessoas usuárias e suas famílias?	
	24. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às condições agudas e/ou aos eventos de agudização das condições crônicas de sua responsabilidade, de acordo com um sistema de classificação de risco das urgências e emergências e os protocolos clínicos?	
	25. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados às mulheres e às crianças, segundo as linhas-guia?	
	26. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos adolescentes e aos idosos, segundo as linhas-guia?	
	27. A APS está adequadamente organizada para prestar os cuidados aos portadores de hipertensão e de doenças cardiovasculares, de diabetes, de tuberculose, de hanseníase, de transtornos mentais, de HIV/aids, de doenças respiratórias crônicas, de doenças renais e de doenças bucais, segundo as linhas-guia?	
	28. A APS está adequadamente organizada para fazer o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e dos idosos?	
	29. O prontuário clínico utilizado na APS está estruturado por família?	
	30. As equipes de APS utilizam rotineiramente instrumentos de abordagem familiar (genograma, listagem de problemas familiares, firo, practice e outros)?	
	31. As equipes de APS articulam-se rotineiramente com organizações comunitárias?	
	32. Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e as organizações comunitárias?	
	33. Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	
<b>TOTAL – Atenção Primária à Saúde</b>		

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS	34. No desenho da RAS há uma articulação entre os pontos de atenção à saúde e os territórios sanitários (secundários e microrregião; terciários e macrorregião)?	
	35. No desenho da RAS considera-se uma escala mínima capaz de ofertar serviços de forma econômica e com qualidade?	
	36. No desenho da RAS considera-se a integração horizontal para obter ganhos de escala através de fusões ou alianças estratégicas?	
	37. No desenho da RAS há uma preocupação com processos de substituição dos pontos de atenção à saúde para prestar a atenção certa no lugar certo?	
	38. No desenho da RAS há um movimento de substituição hospitalar?	
	39. Há a oferta de hospitais/dia?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
<b>OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E TERCIÁRIOS</b>	40. Há a oferta de cirurgia ambulatorial?	
	41. Há a oferta de internações domiciliares?	
	42. Há a oferta de leitos de longa permanência?	
	43. Há a oferta de centros de enfermagem ( <i>nursing homes</i> )?	
	44. Há a oferta de cuidados paliativos?	
	45. No desenho da RAS há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?	
	46. Há serviços hospitalares de nível terciário para os cuidados aos traumas na atenção às urgências e emergências?	
	47. Há serviços hospitalares de nível terciário para a atenção às urgências e emergências clínicas, especialmente as cardiovasculares?	
	48. Há maternidade de alto risco para os cuidados às gestantes de alto risco? Ela opera de forma integrada com a APS?	
	49. Há casa de apoio à gestante e à puérpera articulada com a maternidade de alto risco?	
	50. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às crianças? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	51. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados aos cânceres, especialmente de colo de útero e de mama? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	52. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças cardiovasculares? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	53. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados ao diabetes? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	54. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças renais? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	55. Há serviços hospitalares de atenção terciária para os cuidados às doenças respiratórias crônicas? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	56. Há serviços hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às urgências e emergências? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	57. Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às urgências e emergências? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	58. Há serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica), para os cuidados às mulheres e às crianças? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	59. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados às mulheres e às crianças? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	60. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para os cuidados aos cânceres de mama e de colo do útero? Eles operam de forma integrada com a APS?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
<b>OS PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE SECUNDÁRIOS E Terciários</b>	61. Há serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário, para o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e das pessoas idosas? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	62. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à hipertensão e às doenças cardiovasculares? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	63. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao diabetes? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	64. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados aos transtornos mentais? Eles operam de forma integrada com as unidades de APS?	
	65. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças renais? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	66. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados às doenças respiratórias crônicas? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	67. Há serviços ambulatoriais especializados e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados ao HIV/aids? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	68. Há serviços ambulatoriais e hospitalares, de nível secundário, para os cuidados à tuberculose? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	69. Há serviços de atenção ambulatorial especializado, de nível secundário, para os cuidados à hanseníase? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	70. Há serviços ambulatoriais especializados para os cuidados às doenças bucais? Eles operam de forma integrada com a APS?	
	71. As linhas-guia estabelecem claramente as relações dos serviços ambulatoriais e hospitalares com a APS?	
	72. Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?	
	73. É feita a modelagem de cada ponto de atenção à saúde ambulatorial ou hospitalar secundário, segundo as linhas-guia?	
	74. Essa modelagem descreve a carteira de serviços a ser ofertada?	
	75. Essa modelagem implica a construção dos protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas?	
	76. Essa modelagem implica a elaboração de uma planilha a ser utilizada na programação do ponto de atenção à saúde?	
<b>TOTAL – Atenção Secundária e Terciária</b>		

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
OS SISTEMAS DE APOIO	77. O sistema de assistência farmacêutica contempla a seleção dos medicamentos feita a partir das linhas-guia?	
	78. O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS?	
	79. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de aquisição dos insumos farmacêuticos?	
	80. O sistema de assistência farmacêutica contempla o armazenamento dos insumos farmacêuticos?	
	81. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	
	82. O sistema de assistência farmacêutica utiliza a farmacoeconomia?	
	83. O sistema de assistência farmacêutica utiliza os formulários terapêuticos?	
	84. O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica?	
	85. O sistema de atenção farmacêutica contempla a conciliação de medicamentos?	
	86. O sistema de assistência farmacêutica contempla o manejo da adesão aos tratamentos medicamentosos?	
	87. O sistema de assistência farmacêutica contempla a farmacovigilância?	
	88. Há um sistema estruturado de exames de imagem, construído com base em escala e qualidade?	
	89. Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	
	90. Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização, para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras?	
	91. Há protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados?	
<b>TOTAL – Sistemas de apoio</b>		
ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
OS SISTEMAS LOGÍSTICOS	92. Existe um registro de base populacional único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais?	
	93. Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	
	94. Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
OS SISTEMAS LOGÍSTICOS	95. Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?	
	96. O prontuário familiar eletrônico integra as informações da APS, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, os exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e de assistência farmacêutica?	
	97. O prontuário familiar eletrônico permite a emissão de receitas eletrônicas?	
	98. O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar <i>feedbacks</i> relativos a situações de saúde definidas?	
	99. A equipe de APS agenda diretamente as intervenções eletivas na atenção ambulatorial especializada?	
	100. A equipe de APS agenda diretamente o atendimento hospitalar eletivo?	
	101. A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?	
	102. Há um sistema de regulação das urgências e das emergências com médico regulador permanente?	
	103. Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	
	104. O sistema de transporte de urgências e emergências é prestado por ambulâncias de suporte básico e suporte avançado?	
	105. O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	
	106. O sistema tem um módulo de transporte de amostras de exames de análises clínicas?	
	107. O sistema tem um módulo de transporte de resíduos em saúde com veículos adequados e sistema de incineração?	
	<b>TOTAL – Sistemas logísticos</b>	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE	108. Existe uma estrutura organizacional de governança da RAS?	
	109. Esse sistema de governança dispõe de um desenho organizacional?	
	110. A RAS tem um plano estratégico? Ele contempla um plano estratégico de médio e longo prazos e um plano operativo de curto prazo? Ele gera um mapa estratégico?	
	111. A missão, a visão e os valores da RAS são claramente estabelecidos, conhecidos e compartilhados por todos os participantes?	
	112. Há um sistema de monitoramento e avaliação da RAS?	
	113. Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	
	114. Há um sistema de acreditação da RAS?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
O SISTEMA DE GOVERNANÇA DA REDE	115. Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	
	116. Esse sistema de contratualização está alinhado com os objetivos da RAS e contém incentivos para o alcance desses objetivos?	
	117. As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da RAS?	
	118. O ente de governança opera com foco na maximização das eficiências técnica e alocativa?	
	119. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da RAS?	
	120. Como se dá o pagamento aos prestadores (por unidade de serviço ou por procedimento, 0; por unidade de serviço ou por procedimento aliado a outra forma, 1; por orçamento global, 2; por capitação, 3 por capitação ajustada	
	121. A RAS conta com mecanismos eficazes de gestão financeira?	
<b>TOTAL – Sistema de governança</b>		

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	122. Há um modelo de atenção à saúde claramente definido e de conhecimento geral na APS e nos pontos de atenção secundários e terciários?	
	123. O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?	
	124. O modelo de atenção à saúde propõe mudanças na organização do sistema de atenção à saúde?	
	125. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas ao desenho do sistema de prestação de serviços de saúde?	
	126. O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de informações clínicas?	
	127. Há um registro de informações para cada condição de saúde?	
	128. O modelo de atenção à saúde propõe ações no sistema de suporte às decisões?	
	129. O modelo de atenção à saúde propõe ações de autocuidado apoiado?	
	130. As ações de autocuidado são apoiadas por educação em saúde?	
	131. As ações de autocuidado apoiado objetivam empoderar as pessoas usuárias da rede?	
	132. Utilizam-se planos de autocuidado feitos em conjunto pela equipe de saúde e pelas pessoas usuárias?	
	133. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas aos recursos da comunidade?	
	134. As RASs dispõem de linhas-guia para as condições de saúde prioritárias?	

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
<b>O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE</b>	135. Essas linhas-guia são construídas com base em evidências e validadas interna e externamente?	
	136. Essas linhas-guia são submetidas a uma avaliação antes de serem implantadas?	
	137. Essas linhas-guia são comunicadas adequadamente aos gestores e aos profissionais de saúde?	
	138. Essas linhas-guia organizam os fluxos e contrafluxos das pessoas na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	
	139. Essas linhas-guia estratificam por riscos as subpopulações com uma condição de saúde estabelecida?	
	140. Essas linhas-guia contêm uma planilha de programação baseada em parâmetros epidemiológicos?	
	141. Essas linhas-guia são revisadas periodicamente?	
	142. Essas linhas-guia são complementadas por protocolos clínicos para utilização nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?	
	143. O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?	
	144. Essas ações de promoção da saúde estão voltadas para os determinantes sociais intermediários da saúde?	
	145. Essas ações de promoção da saúde incluem intervenções intersetoriais sobre os determinantes intermediários da saúde?	
	146. O modelo de atenção à saúde inclui ações de prevenção das condições de saúde para as diferentes subpopulações com fatores de risco proximais?	
	147. Essas intervenções preventivas estão organizadas em instrumentos operacionais de uso rotineiro na RAS?	
	148. O modelo de atenção à saúde utiliza as tecnologias de gestão da clínica?	
	149. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão da condição de saúde, estratificada para as subpopulações de diferentes riscos em relação a uma condição de saúde?	
	150. Há um plano de cuidado elaborado para cada portador de uma condição de saúde?	
	151. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional em conjunto com o portador da condição de saúde?	
	152. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e o portador da condição de saúde?	
	153. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado periodicamente?	
	154. A gestão da condição de saúde envolve a educação permanente dos profissionais com base nas linhas-guia?	
155. Esse processo de educação permanente se dá ao longo de toda a vida institucional dos profissionais?		



ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE	156. Esse processo de educação permanente é realizado em tempo protegido?	
	157. Esse processo de educação permanente é realizado com base nos princípios da educação de adultos (andragogia) e na educação baseada em evidências?	
	158. A gestão da condição de saúde envolve a educação em saúde das pessoas usuárias das RASs com base nas linhas-guia?	
	159. Esse processo de educação em saúde é realizado por profissionais com conhecimento de educação?	
	160. Esse processo de educação em saúde utiliza tecnologias e instrumentos educacionais construídos e avaliados com base em evidências?	
	161. A gestão da condição de saúde envolve uma programação realizada na APS, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio com base nas linhas-guia e protocolos?	
	162. A gestão da condição de saúde envolve um contrato de gestão com as equipes profissionais com base na programação?	
	163. Esse contrato contém incentivos morais e financeiros para estimular a consecução de suas metas?	
	164. Esse contrato tem um sistema de monitoramento e avaliação eficaz?	
	165. A gestão da condição de saúde envolve a auditoria clínica realizada com base nas linhas-guia e nos protocolos clínicos?	
	166. Essa auditoria clínica é realizada rotineiramente na APS e nos pontos de atenção à saúde secundários e terciários?	
	167. As RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?	
	168. As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?	
	169. O modelo de atenção à saúde utiliza a tecnologia de gestão de caso para subpopulações com condições de saúde muito complexas?	
	170. As linhas-guia definem as situações de saúde que devem ser manejadas pela gestão de caso?	
	171. Há um plano de cuidado elaborado para cada sujeito que está envolvido na gestão de caso?	
172. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional, em conjunto com o portador da condição de saúde e sua família?		
173. Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e do sujeito da gestão de caso e sua família?		
174. Esse plano de cuidado é avaliado e revisado pela equipe, pela pessoa usuária e sua família periodicamente?		
<b>TOTAL – Modelo de atenção</b>		

## ANEXO B - COPAS – Instrumento de avaliação da coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária

DATA:        /        /

Número ID: \_\_\_\_\_



### INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

(Para ser aplicado aos profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde)

ESTE INSTRUMENTO PODE SER RESPONDIDO A UM  
ENTREVISTADOR OU SER PREENCHIDO PELO PRÓPRIO  
INFORMANTE

*Baseado em um check list elaborado por:*

*Eugênio Vilaça Mendes – consultor em saúde pública*

*Adaptado e validado por:*

*Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues e Ricardo Alexandre Arcêncio (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP)*

Esta pesquisa foi financiada pela Fundação de Amparo à pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) \_ *Projeto: A Atenção Primária à Saúde na Coordenação das redes de atenção: validação de um instrumento* – Processo 2013/04263-6; bolsa de doutorado Processo 2012/17403-8.

Olá,

Gostaríamos que você respondesse algumas questões sobre a Atenção Primária à Saúde (APS). Por favor, responda todas as questões se você puder.

**Pense no seu trabalho quando estiver respondendo as questões.**

**Escolha a resposta que mais se enquadra e marque a bolinha apropriada.**

**Escolha apenas uma resposta por questão**

Se você concorda que há uma população definida sob a responsabilidade das equipes de APS, você marcará a bolinha como mostrada neste exemplo:

A - POPULAÇÃO					
1. Há uma população definida sob os cuidados das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS).	1. DISCORDO TOTALMENTE ( )	2. DISCORDO ( )	3. NÃO CONCORDO / NEM DISCORDO ( )	4. CONCORDO ( X )	5. CONCORDO TOTALMENTE ( )

A. DADOS IDENTIFICAÇÃO:		
DATA:        /        /	HORÁRIO:        Início:        Término:	
Entrevistador:		
Contato Entrevistado:		

B. CARACTERIZAÇÃO DA UNIDADE DE ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA:
1. Município:
2. Nome da Unidade de Saúde:

C. CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:
1. Categoria Profissional:
2. Data de Nascimento:        /        /
3. Sexo: ( ) masculino        ( ) feminino
4. Tempo (anos) de serviço na Estratégia de Saúde da Família:

<b>B - POPULAÇÃO</b>					
1. Há uma população definida sob os cuidados das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS).	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
2. Os profissionais da APS não buscam saber sobre as necessidades de saúde da população que está sob seus cuidados.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
3. Tudo que é feito na APS está de acordo com o que a população necessita.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
4. A APS está dividida em áreas e micro áreas com uma população definida.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
5. A APS possui um formulário/ sistema de informação que controla e organiza os atendimentos de saúde da população no município e região.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
6. Este formulário/ sistema de informação considera a realidade e problemas da população.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
7. Todas as demandas para especialistas efetuadas pela APS são atendidas pelos serviços especializados e a equipe conhece os serviços.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
8. Todas as demandas de internação hospitalar efetuadas pela APS são atendidas e a equipe conhece os serviços.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
9. As pessoas e famílias que estão sob os cuidados da APS estão cadastradas na unidade.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
10. O cadastramento da população na APS não é feito por família.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
11. As famílias estão classificadas de acordo com as condições sociais.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
12. A população não está classificada por sexo, idade e outros.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
13. A população está classificada de acordo com os fatores de risco para o adoecimento.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
14. A população está classificada na APS de acordo com o seu diagnóstico médico.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )

<b>C - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>					
15. A equipe de APS não tem responsabilidades pela população que está sob seus cuidados.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
16. Há uma equipe multiprofissional com responsabilidades claras de cada membro na APS.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
17. As responsabilidades da equipe multiprofissional da APS para atendimento dos diferentes problemas de saúde são definidas a partir de normas específicas do município.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
18. O encaminhamento da APS é necessário para ter acesso aos outros níveis de atenção à saúde.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
19. Não há incentivos para os usuários adotarem a APS como porta de entrada.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
20. As relações entre a APS e os demais níveis de atenção à saúde estão claramente definidas.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
21. A APS possui sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
22. Não há uma boa interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas).	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
23. Há um vínculo entre as equipes de APS e os usuários e suas famílias.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
24. A APS está organizada para prestar os cuidados aos usuários que apresentam condições agudas de acordo com um sistema de classificação de riscos das urgências e emergências.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
25. A APS está organizada para prestar os cuidados às mulheres e às crianças, segundo normas específicas do município.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
26. A APS está organizada para prestar os cuidados aos adolescentes e aos idosos, segundo normas específicas do município.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )

27. A APS não está organizada para prestar os cuidados aos usuários que apresentam condições crônicas como hipertensão e doenças cardiovasculares, diabetes, tuberculose, hanseníase, transtornos mentais, HIV/AIDS, doenças respiratórias crônicas, doenças renais e doenças bucais, segundo normas específicas do município.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
28. A APS está organizada para fazer o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e dos idosos segundo normas específicas do município.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
29. O prontuário do usuário utilizado na APS está organizado por família.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
30. As equipes da APS utilizam rotineiramente instrumentos de abordagem familiar (genograma, listagem de problemas familiares e outros).	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
31. As equipes da APS não estão articuladas com as organizações de bairro, religiosas, etc.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
32. Os ACS estão capacitados para articular as equipes com as organizações de bairro, religiosas, etc.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
33. Há um conselho de bairro que acompanha e fiscaliza a APS.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
<b>D – SISTEMAS DE APOIO</b>					
34. A farmácia da APS conta com medicamentos definidos a partir de normas específicas do município.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
35. A farmácia da APS dispõe de medicamentos relacionados aos problemas de saúde da população que está sob seus cuidados.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
36. A farmácia da APS não dispõe de formulários/sistema de informação para a solicitação de medicamentos e produtos farmacêuticos a uma Central.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
37. A farmácia da APS armazena os medicamentos e produtos farmacêuticos.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
38. A farmácia da APS contempla os mecanismos para distribuição controlada dos medicamentos e produtos farmacêuticos.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )

39. A farmácia da APS identifica, mede e compara os custos e os resultados da utilização dos medicamentos.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
40. A farmácia da APS não utiliza material educativo que contém informações sobre a finalidade, efeitos colaterais e contra indicação de medicamentos essenciais da APS.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
41. A farmácia da APS orienta os usuários quanto aos medicamentos utilizados.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
42. A farmácia da APS dispõe de recursos para a avaliação da interação entre medicamentos.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
43. A farmácia da APS realiza avaliações da adesão dos usuários aos tratamentos medicamentosos.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
44. A farmácia da APS tem conhecimento para identificar e prevenir os efeitos colaterais dos medicamentos.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
45. Não há um sistema de apoio à APS, que realiza exames como: raio X, ultrassom, mamografia, e outros; de qualidade e em quantidade suficiente para atender a demanda.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
46. Há normas específicas do município que orientam a indicação dos exames como raios X, ultrassom, mamografia e outros e sua interpretação.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
47. Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas cuja coleta das amostras está nas unidades de APS e o processamento do material em laboratórios de referência.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
48. Há normas específicas do município que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
<b><i>E – SISTEMA LOGÍSTICO</i></b>					
49. Não há um sistema de informação na APS que integra as informações epidemiológicas e gerenciais.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
50. Há um sistema de informação que incorpora toda população cadastrada na APS e a classifica em subpopulações por riscos.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
51. Há um cartão específico da APS para identificar o usuário, família e microárea, quando eles se apresentam a unidade de saúde.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )

52. Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado em todos os serviços públicos de saúde do município.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2.Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4.Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
53. Esse prontuário familiar eletrônico único integra as informações de todos os serviços públicos de saúde do município.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2.Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4.Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
54. O prontuário familiar eletrônico não permite a emissão de receitas eletrônicas.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2.Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4.Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
55. O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar respostas relativas às situações de saúde da população sob os cuidados da APS.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2.Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4.Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
56. A equipe da APS agenda diretamente consultas e exames nos serviços especializados.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2.Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4.Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
57. A equipe da APS agenda diretamente os atendimentos hospitalares que não são de urgência e emergência.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2.Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4.Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
58. A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análise clínica, imagem e patologia clínica.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2.Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4.Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
59. Não há um sistema de regulação das urgências e emergências com médico regulador permanente que se articula com a APS.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2.Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4.Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
60. Há um sistema de transporte que dá apoio à APS, no deslocamento dos usuários para os serviços especializados, laboratórios, hospitais e outros.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2.Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4.Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
61. O transporte utilizado para urgência/emergência é adequado conforme a necessidade do paciente.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2.Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4.Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
62. Não há veículos adequados para transportar usuários nas consultas e exames agendados.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2.Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4.Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
63. Há veículos adequados para o transporte de amostras de exames de análise clínicas.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2.Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4.Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
64. Os resíduos (lixo) de saúde da APS são transportados em veículos adequados.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2.Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4.Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
<b>F – SISTEMA DE GOVERNANÇA</b>					



65. Há uma política de valorização da APS pelo secretário de saúde, trabalhadores e usuários para o seu uso e acesso aos demais níveis de atenção à saúde.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
66. A organização da APS tem ocorrido com a participação ativa do secretário de saúde, trabalhadores e usuários.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
67. A equipe da APS não está organizada para planejar as ações, considerando os problemas da população que está sob seus cuidados.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
68. A missão, visão e os valores da APS são estabelecidos, conhecidos e compartilhados pelo secretário de saúde, trabalhadores e usuários.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
69. Há um sistema que monitora e avalia a APS.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
70. Esse sistema contempla a avaliação dos usuários.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
71. Não há um sistema de avaliação para certificar se os serviços prestados pela APS estão dentro dos padrões de qualidade preconizados pelo Ministério da Saúde.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
72. Há profissionais terceirizados na APS.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
73. Os profissionais atuam conforme os objetivos da APS (promoção, prevenção, reabilitação, tratamento, diagnóstico e educação) e são incentivados para tal.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
74. Os gerentes da APS, dos serviços especializados e hospital não conhecem e não aderem aos objetivos da APS.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
75. A APS utiliza de todos os seus recursos materiais, humanos e financeiros para o atendimento ao usuário antes de encaminhá-lo à outros serviços.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
76. Os incentivos financeiros para os serviços de APS estão de acordo com os seus objetivos.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
77. O pagamento dos prestadores de serviços terceirizados (laboratórios, hospitais e clínicas) se dá através do orçamento do município.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )
78. AS equipes da APS não são consultadas sobre prioridades da sua área para a aplicação dos recursos financeiros.	<b>1. Discordo Totalmente</b> ( )	<b>2. Discordo</b> ( )	<b>3. Não concordo/ Nem discordo</b> ( )	<b>4. Concordo</b> ( )	<b>5. Concordo Totalmente</b> ( )

**ANEXO C - Instrumento de validação semântica - impressão geral**

1. O que você acha do nosso questionário em geral?	<b>Por favor, marque uma alternativa</b>
	<input type="checkbox"/> Muito bom <input type="checkbox"/> Bom <input type="checkbox"/> Regular/Mais ou menos
2. O que você achou das questões?	<input type="checkbox"/> Todas foram fáceis de entender <input type="checkbox"/> Algumas foram difíceis de entender (quais) <input type="checkbox"/> Todas foram difíceis de entender
3. Sobre as categorias de respostas, você teve alguma dificuldade em usá-las? Por favor, explique:	<input type="checkbox"/> Sem dificuldades <input type="checkbox"/> Algumas dificuldades <input type="checkbox"/> Muitas dificuldades
4. As questões são pertinentes à sua condição de trabalho?	<input type="checkbox"/> Muito importante <input type="checkbox"/> Às vezes importante <input type="checkbox"/> Nada importante
5. Você gostaria de mudar algo no questionário?	
6. Você gostaria de acrescentar algo no questionário?	
7. Houve alguma questão que você não quis responder? Se sim, por quê?	



## ANEXO E - Aprovação comitê de ética



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde  
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902  
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518  
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

### COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 046/2013

Ribeirão Preto, 05 de março de 2013

Prezado Senhor,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 05 de março de 2013.

**Protocolo CAAE: 10853412.4.0000.5393**

**Projeto:** Validação de uma escala para avaliar a coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária.

**Pesquisadores:** Ricardo Alexandre Arcêncio  
Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues

*Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.*

Atenciosamente,

**Prof. Dr. Lucila Castanheira Nascimento**  
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilmo. Sr.  
**Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio**  
Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

*Apêndices*

---

---

**APÊNDICE A - Termo de consentimento livre e esclarecido - participantes**

**Prezado(a) Senhor(a),**

Vimos convidá-lo(a) a participar, como voluntário da pesquisa denominada “**Validação de uma escala para avaliar a coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária**”. Este trabalho está sendo desenvolvido por uma equipe de pesquisadores da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ele tem como objetivo validar um instrumento para avaliar a coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária. Para isso, nós precisaremos de sua colaboração, respondendo a um questionário, no qual você anotará suas respostas e terá duração, em média, 30 minutos. Não haverá benefícios diretos para você por participar da pesquisa, mas sua participação é importante para entendermos a capacidade da atenção primária para coordenar as redes de atenção à saúde. Caso apresente algum desconforto e precisar de ajuda, durante o preenchimento do questionário, você poderá nos falar e tentaremos juntos buscar a melhor forma de enfrentar a situação. Se não quiser responder a qualquer pergunta, não tem problema. Seu nome verdadeiro não irá aparecer e todas as suas informações, não serão identificadas. O que você responder será utilizado somente para essa pesquisa. Quando terminarmos a pesquisa, o resultado final poderá ser publicado em revista e apresentado em evento científico. Sua participação é voluntária e não haverá custo, podendo deixar de participar da pesquisa no momento que quiser, sem que seja prejudicado (a) por isso. O (a) senhor (a) receberá uma cópia desse documento impressa e assinada pelo pesquisador. Se tiver dúvidas poderá entrar em contato comigo através do telefone ou endereço abaixo.

Obrigado pela colaboração.

Ricardo Alexandre Arcêncio – email [ricardo@eerp.usp.br](mailto:ricardo@eerp.usp.br)

Endereço: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.  
Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário – Ribeirão Preto – SP; CEP 14049-900 –

SP Telefone (0XX16) 36023429 e.mail: [ricardo@eerp.usp.br](mailto:ricardo@eerp.usp.br)

Após ter conhecimento sobre como poderei colaborar com esta pesquisa, concordo com minha participação, não tendo sofrido nenhuma pressão para tanto.

Eu, \_\_\_\_\_ concordo com minha participação no estudo e estou ciente de que estou livre para em qualquer momento desistir de colaborar, sem nenhuma espécie de prejuízo. Recebi uma cópia assinada deste documento e tive a oportunidade de discutir com o pesquisador.

---

PESQUISADOR

PARTICIPANTE

**APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido – especialistas**

(Análise Teórica dos Itens e Validação de Conteúdo)

**Prezado(a) Professor(a),**

Vimos convidá-lo(a) a participar, como **voluntário** da pesquisa denominada **“Validação de uma escala para avaliar a coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária”**, cujo objetivo é validar uma escala para avaliar a coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária. Sua colaboração consiste em ajuizar se os itens estão se referindo ou não ao traço em questão e analisar a facilidade de leitura, clareza e apresentação do mesmo (itens: aparência, pertinência e compreensão). Não haverá benefícios diretos para você por participar da pesquisa, mas sua participação é importante para melhorar os serviços de saúde. Caso apresente algum desconforto ao participar da pesquisa, queria por gentileza nos comunicar que prontamente buscaremos uma solução. Esclarecemos que está assegurado total sigilo sobre sua identidade e que você tem o direito de deixar de participar da pesquisa, em qualquer momento, sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e sua resposta será respeitosamente utilizada em revistas, trabalhos e eventos científicos da área da saúde, sem restrições de prazos e citações, desde a presente data. Caso concorde em participar, o (a) senhor (a) receberá uma cópia desse documento impressa e assinada pelo pesquisador.

Antecipadamente, agradecemos e nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

---

Nome do juiz

---

Assinatura do juiz

---

Nome do pesquisador

---

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida sobre a pesquisa:

Pesquisador/Orientador: Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio

Contato: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – EERP/USP Tel: (16) 3602-3429

Avenida Bandeirantes, 3900 Campus Universitário/Ribeirão Preto-SP; CEP 14049- 900.

e.mail: ricardo@eerp.usp.br

## APÊNDICE C - Autorização para utilização do *check list*



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde  
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902  
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518  
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

### ACORDO DE UTILIZAÇÃO DE INSTRUMENTO

**Belo Horizonte, 18 de Fevereiro de 2013.**

Venho por meio desta carta, solicitar autorização para utilização do instrumento de Avaliação do Estágio de desenvolvimento das Redes de Atenção à Saúde, elaborado por Eugênio Villaça Mendes (MENDES, 2011).

O instrumento em questão será utilizado no Projeto de doutorado intitulado “Validação de uma escala para avaliar a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária”, financiado pela FAPESP sob a orientação do Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo EERP/USP. A pesquisa tem por objetivo validar uma escala para avaliar a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária, com base em instrumento piloto desenvolvido com a finalidade de garantir a precisão do instrumento de aferição em questão e assim possibilitar uma cartografia dos dilemas enfrentados pela Atenção Primária à Saúde para se constituir um eixo estruturante do sistema com capacidade de coordenação das Redes de Atenção à Saúde e será aplicado aos profissionais que atuam na Estratégia de saúde da Família

A sua utilização será no âmbito nacional, sem fins comerciais, com a garantia que será explicitado claramente o crédito e os resultados obtidos pela pesquisa ao autor do instrumento.

---

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública – DEMISP  
3602 3391 – 3602 3466  
misp@eerp.usp.br





Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde  
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902  
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518  
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

Estando cientes e de acordo com os critérios explicitados neste documento, todas as partes envolvidas assinam este acordo.

Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues  
Aluna de Pós Graduação  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio  
Orientador responsável  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP

Dr. Eugênio Villaça Mendes  
Autor do instrumento

**Referência:**

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. Brasília: OPAS, 2011.

## APÊNDICE D - Autorização para utilização dos formulários de validação semântica – impressão geral e específico



Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde  
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902  
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518  
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

### AUTORIZAÇÃO

Venho por meio deste declarar que concedo a autorização para a aluna de Doutorado Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues, projeto de pesquisa intitulado “Validação de uma escala para avaliar a coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária” e orientação do Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio, utilizar os formulários da Impressão Geral e Específica do Projeto DISABKIDS®, a fim de atender aos propósitos de realização da validação semântica, como parte do processo de validação da referida escala.

Ribeirão Preto, 18 de Março de 2013.

Prof. Dra. Cláudia Benedita dos Santos  
Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto  
Universidade de São Paulo  
e-mail: cbsantos@eerp.usp.br