

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Natasha Basso

**AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À
SAÚDE PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ
GONZAGA - RIO GRANDE DO SUL**

Santa Maria, RS
2023

Natasha Basso

**AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ GONZAGA - RIO GRANDE
DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora Prof^ª. Enf^ª. Teresinha Heck Weiller

Santa Maria, RS
2023

*A ficha catalográfica será gerada na versão final deste trabalho,
após aprovação da banca avaliadora.*

Natasha Basso

**AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA
ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ GONZAGA - RIO GRANDE
DO SUL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem.**

Aprovada em 03 de março de 2023:

Dra. Teresinha Heck Weiller (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Dra. Jaqueline Garcia de Almeida (EERP-USP)

Dra. Maria Denise Schimith (UFSM)

Dr. Luis Felipe Dias Lopes (UFSM)

Santa Maria, RS
2023

Dedico esta obra para a minha irmã Francesca Lais Basso, que hoje é uma estrelinha guardando a nossa família.

AGRADECIMENTO

Nessa jornada que foi o mestrado, a vida prega algumas peças, mas com apoio, amor e empatia foi possível terminar essa jornada. Por isso expresso aqui meus sinceros agradecimentos.

Primeiramente agradeço a Deus, pois desde o dia em que nasci me colocou num caminho de amor e segurança, me dando a oportunidade de ter uma família maravilhosa.

Aos meus pais, João Carlos e Norma que sempre me apoiaram em todas as fases da minha vida e nesta etapa do mestrado com todos os contratempos estiveram sempre me apoiando e sendo fortes pela nossa família, e mesmo que eu estivesse longe me guiaram nas dificuldades e compreendem a minha ausência. E agradeço aos meus irmãos e lembrar que eles sempre serão um pedaço de mim.

À Tere minha querida orientadora, que me conduziu nessa caminhada, sobretudo essa pessoa maravilhosa e profissional exemplar. Obrigada pela dedicação e confiança depositada em mim para realizar este trabalho.

Agradeço a Ana Carolina, que está comigo me apoiando e incentivando desde a graduação até essa fase do mestrado e vai continuar nas próximas fases. Mesmo tendo suas preocupações e deveres sempre esteve ao meu lado e consegui ter muita paciência comigo durante a construção deste trabalho.

Não tem como esquecer da Elisa, que aguentou meus surtos, vontades de desistir e mesmo assim ficou do meu lado e sempre me dando apoio para terminar essa jornada.

Ao Município de São Luiz Gonzaga, que é minha terra natal, que me proporcionou a autorização para realizar a pesquisa e aos profissionais da saúde que dispuseram do seu tempo para participar.

RESUMO

AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ GONZAGA - RIO GRANDE DO SUL

AUTORA: Natasha Basso

ORIENTADORA: Prof^a Dra^a Teresinha Heck Weiller

O objetivo geral deste estudo é avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde no Município de São Luiz Gonzaga no Estado do Rio Grande do Sul. Foi desenvolvido um estudo transversal com profissionais que atuam na Atenção Primária à saúde no município de São Luiz Gonzaga, com coleta de dados no período de outubro de 2022 a janeiro de 2022. Foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde e analisados pela estatística inferencial. A análise dos dados identificou que dos 55 profissionais que participaram do estudo 83,6 % (46) declararam-se do sexo feminino e 65,5% (41,8) eram ACS. A média de idade foi de 41,51 anos e o tempo de atuação foi de 07 anos. O estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde no Município foi avaliado como condição boa (81,3%), sendo que os escores foram 78,18 % para a dimensão População, 90,91% para APS, 83,64% para Sistema de Apoio, 78,18% para Sistema Logístico e 75,55% para a dimensão Sistema de Governança. No entanto, mesmo com os resultados satisfatórios, existem fragilidades da APS em coordenar as RAS.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde. Avaliação de Serviços de Saúde. Centro de Saúde. Enfermagem. Integração de Sistemas. Sistema Único da Saúde.

ABSTRACT

EVALUATION OF THE COORDINATION OF HEALTH CARE NETWORKS BY PRIMARY CARE IN THE MUNICIPALITY OF SÃO LUIZ GONZAGA - RIO GRANDE DO SUL

AUTHOR: Natasha Basso

ADVISOR: Prof^a Dra^a Teresinha Heck Weiller

The general objective of this study is to evaluate the capacity of Primary Health Care to coordinate the Health Care Networks in the Municipality of São Luiz Gonzaga in the State of Rio Grande do Sul and. A cross-sectional study was developed with professionals who work in primary health care in the city of São Luiz Gonzaga from October 2022 to January 2022. The Instrument for Evaluation of Coordination of Health Care Networks by Primary Health Care was used and analyzed by inferential statistics. Data analysis identified that of the 55 professionals who participated in the study, 83.6% (46) declared themselves female and 65.5% (41.8) were ACS. The average age was 41.51 years and the time of performance was 07 years. The stage of development of the capacity of Primary Health Care to coordinate the Health Care Networks in the city was evaluated as a good condition (81.3%), with the scores being 78.18% for the Population dimension, 90.91 % for APS, 83.64% for Support System, 78.18% for Logistic System and 75.55% for the Governance System dimension. Therefore, even with the satisfactory results, there are weaknesses in the PHC in coordinating the RAS.

Keywords: Primary Health Care. Health Services Research. Health Centers. Nursing. Systems Integration. Unified Health System.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - A pesquisa qualitativa	27
Figura 2 - Dados demográficos do município de São Luiz Gonzaga, RS	29
Figura 3 - Localização espacial das Estratégias de Saúde da Família do Município de São Luiz Gonzaga	31
Figura 4 - Dimensões do Instrumento COPAS para avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde	32
Figura 5 - Escores para classificação da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde por globalidade e atributos	34
Figura 6 - Síntese da avaliação das dimensões do instrumento COPAS	53

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa	36
Tabela 2 - Indicadores da dimensão População do Instrumento COPAS	37
Tabela 3 - Indicadores da Dimensão Atenção Primária à Saúde do Instrumento COPAS	40
Tabela 4 - Indicadores da dimensão Sistema de Apoio do Instrumento COPAS	44
Tabela 5 - Indicadores da dimensão Sistema Logístico do Instrumento COPAS	47
Tabela 6 - Indicadores da dimensão do Sistema de Governança do Instrumento COPAS	50

LISTA DE SIGLAS

ACE	Agentes Comunitários de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção primária à saúde
CAAE	Certificado de apresentação para Apreciação Ética
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COPAS	Instrumento de Avaliação da Coordenação da RAS pela APS
DAPPS	Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde
EACS	Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
eAP	Equipe da Atenção Primária
eSF	Equipe de Saúde da Família
eSB	Equipe de Saúde Bucal
FESEP	Fundação Serviço Especial de Saúde
MS	Ministério da Saúde
Nasf-AB	Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Redes de atenção à saúde
RS	Rio Grande do Sul
SES	Secretarias Estaduais de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde
SPSS	Statistical Package for the Social Science
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVO	15
2.1 OBJETIVO GERAL	15
2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	15
3 ESTADO DA ARTE	16
3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	16
3.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	23
3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE	26
4 PERCURSO METODOLÓGICO	29
4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO	29
4.2. CENÁRIO	29
4.3 PARTICIPANTES	31
4.4 COLETA DE DADOS	32
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	33
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	34
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	54
REFERÊNCIAS	56
ANEXOS	64
ANEXO A - INSTRUMENTO COPAS	65
ANEXO B - INSTRUMENTO COPAS ONLINE	73
ANEXO C - PARECER DO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ GONZAGA	74
ANEXO D - Autorização para utilização do Instrumento COPAS	75
ANEXO E - Parecer positivo do Comitê Gestor	76
ANEXO F - Termo de autorização institucional para pesquisa	77
ANEXO G - Declaração de evidente interesse público do SUS	78
ANEXO H – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	79
APÊNDICES	83
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	84
APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	86

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196, apresenta o conceito de saúde, como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visam à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL,1988, p.1). Instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) buscando integrar as ações e serviços de saúde a partir das diretrizes da descentralização, atendimento integral e a participação popular, regulamentado pelas Leis Orgânicas 8080 e 8142 de 1990 (BRASIL, 1988).

Para a garantia da promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e funcionamento dos serviços de acesso universal à população ainda são necessárias ações para que sejam de fato implementadas. Com a publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) ocorreram mudanças na saúde pública do país a fim de garantir o acesso universal e que, posteriormente, resultaram em uma proposta de organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) (KUSCHINIR; CHORNY, 2010; (NOAS, 2002).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como os serviços e ações que intervêm nos processos de saúde-doença, pautados em diferentes densidades tecnológicas (BRASIL, 2010), logísticas e de gestão que asseguram a integralidade do cuidado, melhoria do acesso, a equidade e a eficácia proposta no SUS (MENDES, 2011). Enfatizando a centralização das ações da Atenção Primária à Saúde (APS), a coordenação do cuidado e ações coordenadas que partem de um território definido. Possibilitando que esse arranjo qualifique os fluxos de comunicação, a fim de alcançar uma relação integrada entre os diferentes pontos dos serviços de saúde (PEITER et al., 2019).

A APS é considerada o primeiro nível de atenção pela rede e, deste modo, é caracterizada como o centro operacional da comunicação do sistema, ordenando as redes e coordenando o cuidado (STARFIELD, 2002; SUMAR e FAUSTO, 2014). A comunicação deste sistema proporciona uma inter-relação entre os pontos da rede, permitindo que a comunicação elenque as necessidades de saúde da população, envolvendo ações de prevenção da doença, promoção, proteção à saúde, diagnóstico, tratamento e reabilitação, por meio de práticas gerenciais e sanitárias com intuito de controlar doenças e agravos (SHIMAZAKI, 2009).

A organização do sistema de saúde em RAS pode ser considerada uma resposta social para as mudanças decorrentes das necessidades, da transição demográfica acelerada, da ocorrência de situações como a carga de doenças crônicas e infecciosas e por causas externas. O aumento da carga de doenças, principalmente doenças crônicas, como cardiovasculares, câncer, diabetes e respiratórias, são responsáveis por 63% da mortalidade da população mundial (MENDES, 2011).

E, nesse contexto, a avaliação em saúde desempenha um papel relevante na qualificação das ações desenvolvidas nas RAS, em especial na APS no que tange ao componente de gestão que auxilia na reflexão e proposição de melhorias (COUTINHO et al., 2020). Além disso, pode ser considerada um instrumento necessário para o planejamento, gestão, desenvolvimento de políticas públicas, auxiliar nos processos que visam decisões e iniciativas para implementar a RAS e garantir princípios e diretrizes do SUS.

A avaliação vem criando seu espaço dentro do território nacional, e sua implementação busca qualificar as ações durante as tomadas de decisões, sendo utilizada como ferramenta facilitadora (SELLERA et al., 2019). Avaliar a saúde é considerado um fator essencial e necessário, pois permite identificar o território e suas particularidades, em âmbito individual ou em grupos populacionais, facilitando o gerenciamento das ações a serem desenvolvidas e dos recursos disponíveis para melhorar o atendimento (SELLERA et al., 2019).

Justificando, nesse sentido, as práticas avaliativas que devem ser incorporadas ao processo de trabalho, possibilitando a base para a tomada de decisão e o planejamento das ações em saúde, propulsora de mudanças para o aprimoramento do desempenho das equipes em busca de serviços de qualidade e na consolidação da APS como coordenadora da RAS (MESQUITA et al., 2020). Diante do exposto, questiona-se: qual a capacidade da Atenção Primária à Saúde de coordenar as Redes de Atenção do município de São Luiz Gonzaga, Rio Grande do Sul?

2 OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde no Município de São Luiz Gonzaga no estado do Rio Grande do Sul.

2.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

1- Caracterizar os trabalhadores da Atenção Primária à Saúde do Município de São Luiz Gonzaga, Estado do Rio Grande do Sul;

2- Mensurar os escores das dimensões População, Atenção Primária à Saúde, Sistemas de Apoio, Sistemas Logísticos e Sistema de Governança do Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária (COPAS);

3- Identificar o estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde no Município de São Luiz Gonzaga, Estado do Rio Grande do Sul pelo Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária (COPAS).

3 ESTADO DA ARTE

O Estado da Arte que essa dissertação apresenta foi desenvolvido a partir da revisão da literatura, com os tópicos a seguir: Atenção primária à saúde; Redes de Atenção à Saúde e Avaliações em Saúde.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A concepção do conceito de “Atenção Primária à Saúde” tem sua origem no Reino Unido ao ser descrita no relatório de Dawson, em 1920, que buscou- descrever a organização integral de um sistema de saúde de forma regionalizada, estabelecendo uma ordem para atender as especificidades de cada local. Assim como está orientada para ser hierarquizada e direcionar um modelo de atenção que atende a população nas suas diferentes necessidades (OPAS, 1964; FAUSTO; MATTA, 2007).

Esta hierarquização influenciou a organização dos sistemas de saúde de todo o mundo, definindo as características básicas da APS, sendo elas: i) a regionalização, onde os serviços de saúde devem estar organizados e distribuídos de forma a atender as diversas regiões, bem como a identificação das necessidades de saúde de cada região; e ii) a integralidade, que fortalece a associação entre ações curativas e preventivas saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

Durante o período de 1920 a 1970, o Reino Unido também contou com movimentos que influenciaram diretamente e indiretamente a APS, como a criação do Serviço Nacional de Saúde em 1948, que se destacou com a contratação de um médico generalista, embrião da medicina da família e comunidade (MENDES, 2019; MENDES, 2015). Diante das preocupações dos países desenvolvidos em relação aos altos custos dos sistemas de saúde, o uso indiscriminado de tecnologia médica e a baixa resolutividade, originou-se a busca por novas formas de organizar a atenção com menores custos e maior eficiência (FAUSTO; MATTA, 2007).

O período que se destacou com movimentos na saúde, ocorreram na década dos anos sessenta, que são evidenciados com o movimento feminista e a pílula anticoncepcional, movimentos pacifistas e ecológicos, a saúde materno-infantil, estudos sobre doenças crônicas relacionadas ao sistema cardiovascular considerando fatores de risco, assim como o tabaco. Outro destaque que promoviam os movimentos de saúde foram as práticas que promovem a autonomia das pessoas com a sua saúde foram inspiradas em médicos chineses, conhecidos

como “médicos descalços chineses”, difundidas mundialmente por meio da Comissão Médica Cristã do Conselho Mundial das Igrejas (MENDES, 2019; CUETO 2004).

Nesse contexto da autonomia e movimentos de saúde o surgimento da APS começou a ser significativo, pois naquela época, os métodos utilizados para a erradicação da malária estavam sendo criticados, uma vez que utilizavam uma abordagem vertical. Assim surgiu uma organização de manutenção da saúde americana juntamente com uma proposta de desmedicalização dos cuidados de saúde, além da liderança do médico Halfdan Theodor Mahler na direção da Organização Mundial da Saúde (OMS) (MENDES, 2019; CUETO 2004). Com a eleição de Mahler, a APS foi favorecida pelo seu empenho na realização de atividades de combate à tuberculose e trabalho comunitário em países subdesenvolvidos. Entretanto,

A Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunida em Alma Ata, na antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), aos doze dias do mês de setembro de mil novecentos e setenta e oito, realizada pela OMS e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), contou com a presença de 134 governantes. Porém, com os conflitos históricos, econômicos e bélicos, alguns governantes não participaram da conferência, como o governo chinês, propulsor da conferência. O evento apresentou o propósito que os governantes encontram para que ocorresse uma promoção de saúde integral, e que os profissionais da saúde também participassem da ação em conjunto para promover saúde a todos, reafirmando que é um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente quando tem a ausência de enfermidades (CUETO, 2018; MEGIER, 2020).

A declaração de Alma-Ata levantou uma questão econômica, política e social devido à disparidade de recursos dos países desenvolvidos e subdesenvolvidos, sendo uma preocupação em comum destes países. Com isso a discussão para essa disparidade o destaca que a integralidade dos serviços deveria ocorrer através do desenvolvimento econômico e social da economia internacional, reduzindo a dessemelhança dos países subdesenvolvidos em relação aos desenvolvidos, pois os resultados refletem com as condições socioeconômicas. A formulação da Ata da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde aborda a importância que existe na qualificação das medidas sanitárias e sociais da população, trazendo uma meta para que no ano de 2000, a população mundial alcance o nível de saúde pleno (WHO, 1978).

Assim surgiram os subsídios essenciais da APS, como educação e saúde, programa materno-infantil, saneamento básico, imunizações e planejamento familiar, vigilância epidemiológica, prevenção e tratamento de doenças comuns nas comunidades, fornecimento

de medicações essenciais para o tratamento e controle de doenças, que haja alimentação balanceada e suficiente e a valorização das práticas integrativas e complementares levando em consideração os direitos humanos (MENDES, 2019).

A APS, compreendida pelo conjunto de ações e intervenções no âmbito individual e coletivo, possibilita o desenvolvimento da promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação e são desenvolvidas por equipes de saúde para a população de determinado território. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde pontua que:

A Atenção primária deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural, e buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento das doenças e a redução dos danos ou sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável (CONASS, 2004, p.7).

Segundo Starfield (2002), a APS é o primeiro nível de atenção de um sistema de serviço de saúde e oferece a entrada de diferentes necessidades do usuário, fornecendo atenção no decorrer do tempo a todas as condições, exceto as muito raras e incomuns. Ademais, possui uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis do sistema de saúde, responsável por organizar e racionalizar os recursos básicos e especializados, em direção a promoção, melhora e manutenção da saúde (STARFIELD, 2002). De acordo com Fausto e Matta (2007, p. 44),

Os centros de saúde primários e os serviços domiciliares deveriam estar organizados de forma regionalizada, onde a maior parte dos problemas de saúde deveriam ser resolvidos por médicos com formação generalista. Os casos que o médico não tivesse condições de solucionar com os recursos disponíveis nesse âmbito da atenção deveriam ser encaminhados para os centros de atenção secundária, onde haveria especialistas das mais diversas áreas, ou então para os hospitais, quando existisse indicação de internação ou cirurgia (FAUSTO; MATTÁ, 2007).

No contexto brasileiro, a APS se destaca em oito ciclos de desenvolvimentos. O primeiro surgiu na década de 20 (AUTOR), em que ainda existia a Lei Eloy Chaves, marco da Previdência Social, que levava o sistema a organizar sua própria assistência à saúde. Com o contexto internacional, seguindo o que fora proposto no relatório de Dawson, o movimento começou através de programas de higiene, da ação sanitária local e unificada, o centro de saúde, núcleo de divergências com um grupo de técnicos do Serviço Sanitário, por dar ênfase maior às atividades de promoção e proteção à saúde. Bem como, por atividades realizadas por professores primários por meio da educação sanitária ofertada pela Universidade de São Paulo (USP) em 1924 que foram denominados como Centros de Saúde; (MENDES, 2015;

MENDES, 2019; ACURCIO, 2005; MASCARENHAS, 1973). A Organização Panamericana destaca que os Centros de saúde:

Empezamos con el hogar y con los servicios, preventivos y curativos, que se relacionan con el hogar, es decir los del médico, dentista, farmacéutico, enfermera, partera y enfermera visitadora. Son estos los servicios denominados domiciliarios y constituyen la periferia del plan; los restantes son principalmente de carácter institucional. Un centro de salud es una institución donde se encuentran diversos servicios médicos, tanto preventivos como curativos, formando una organización (OPAS, 1964; p. 4).

O segundo ciclo iniciou na década de 40, durante a segunda guerra mundial, e contou com a criação do Serviço Especial de Saúde (SESP). Sua principal função era organizar o saneamento básico nas regiões, buscando minimizar as endemias da época, como a malária e a febre amarela. No pós-guerra o SESP cresceu, direcionando seus cuidados na medicina curativa e preventiva, sendo norteadada pela educação com foco na conscientização sanitária voltadas para região (MEDES, 2019; RENOVATO; BAGNATO, 2010).

Ainda nesse ciclo podemos citar a realização da 1ª e a 2ª Conferência Nacional de Saúde como marcos importantes, com discussões direcionadas para a defesa sanitária, higiene e segurança no trabalho, bem como a prevenção da saúde destes trabalhadores e de gestantes. Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, e com ele veio a reorganização dos serviços para controle de endemias por meio de uma política de saúde com foco na prevenção das doenças transmissíveis, mas ainda alinhada com a previdência restrita aos seus contribuintes (BRASIL, 2011; OLIVEIRA, 2012).

O terceiro ciclo foi marcado pela metade da década de 60. Pode-se ver movimentos no início 1960, em que o SESP se transforma em Fundação Serviço Especial de Saúde (FESEP), criando as Secretarias Estaduais de Saúde (SES), regidos pelo modelo sespiano, direcionado em prevenção de doenças, com atenção especializada para o materno-infantil e doenças infecciosas. Com o golpe militar de 64, pode-se observar um declínio em relação a população, voltando para o atendimento à saúde no sistema privado. Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social, possibilitando aos trabalhadores de qualquer filiação trabalhista, e além da criação de novas categorias entre elas trabalhadores rurais, autônomos, domésticas entre outros, de conseguirem alguns benefícios em prol da saúde. Mas ainda no terceiro ciclo pode se observar o aparecimento de epidemias e com isso pode se observar o movimento de campanhas como a da Erradicação da Malária e Varíola, e os primeiros ensaios para a vacina da BCG e a 3ª e 4ª Conferência Nacional da Saúde com propostas de descentralização da Saúde e quais são os recursos necessários para a demanda de saúde no Brasil (MENDES, 2019; BRASIL, 2011; OLIVEIRA, 2012).

Já a década de 70 foi marcada pelo quarto ciclo, com questões de emergências na saúde do contexto nacional. Observou-se um aumento da procura por atendimento à saúde, com isso a busca pela privatização dos serviços e o aumento das indústrias farmacêuticas ficaram evidentes. Neste período emergencial e conturbado se tem uma mudança na qual foi estabelecida a medicina comunitária, com apoio da Organização Mundial da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde, em que o propósito era a participação da comunidade com o objetivo de qualificar os serviços para a população em situação de vulnerabilidade (ACURCIO, 2005; ESCOREL, 2008; CARVALHO, 2015).

Com o enfraquecimento das questões políticas e indícios de abertura a democracia, ocorreram debates em relação a saúde, resultando na promulgação da lei do Sistema Nacional de Saúde, a qual estabeleceu ideias inovadoras, mas sem muitas mudanças, e a Lei nº 6.360 em relação ao Programa de Medicamentos Genéricos que foi vigorado em 1999 (PAIVA; TEIXEIRA, 2014; ACURCIO, 2005; FERNANDES; SOUSA, 2020). Como sinal de emergência no quadro internacional em relação à saúde, foi apontado pela Conferência Alma Ata em relação à saúde no atendimento primário (MENDES 2019; SILVA, 2017).

Em seu estudo, Mendes (2019) evidência que após a conferência a influência do exterior e a desigualdade em relação a saúde ficaram visíveis e, com isso, o país começou a aderir programas de extensão de cobertura da saúde, realizados por meio de experiências-piloto pelas universidades, que se reuniram para organizar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento, iniciando pelo Noroeste, em 1976, e avançando em âmbito nacional em 1979. O programa tinha como propósito a criação de uma infraestrutura de saúde pública para uma rápida expansão na cobertura de ações de alcance coletivo, utilizando tecnologias simplificadas, além de pessoal auxiliar e agentes de saúde residentes nas comunidades (FAUSTO, 2007; MATTA, 2007; OLIVEIRA, 2012).

O quinto ciclo iniciou na década de 80 juntamente com a crise econômica, política e social e com o descontentamento da população em relação à crise, evidenciou-se a necessidade de mudanças, as quais ocorreram devido o fim da ditadura, em 1985, e com a criação da Constituição Federal em 1988, teve início uma nova ordem social, com uma nova concepção de saúde proporcionando as ações voltadas não apenas para a questão curativa, mas também visando prevenção e promoção, com visão integral de cuidado, e participação ativa da comunidade com sua saúde (OLIVEIRA, 2012; MENDONÇA et al. 2008). Destacando-se que:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso

universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação [...]As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Em seus artigos de 196 a 200, a Constituição Federal engloba as questões de saúde no país, apresentando informações sobre os direitos da população, além da organização, intersetorialidade e financiamentos. Para que o direito à saúde ocorra de forma integral em todos os aspectos, existe a importância da organização do sistema, assim como a gestão e admissão dos agentes de endemias e comunitários, pois por meio destes pode-se seguir as diretrizes e ter ações de Vigilância em Saúde contribuindo para que essas ações em conjuntas resultem em um atendimento integral (CONASS, 2004; KIST et al., 2019).

O marco do sexto ciclo foi a instituição do SUS pela Lei nº 8.080/90. A concretização se deu por meio da municipalização das unidades de APS para os estados que passaram a realizar a gestão e ocorreu a expansão dos cuidados na atenção primária (MENDES, 2019; MENDES, 2015). A organização foi realizada por medidas para descentralizar as ações e serviços no nível municipal, dando visibilidade e autonomia para a gestão (MENDONÇA et al. 2008).

O SUS foi implementado em um contexto social marcado pela desigualdade de acesso a bens e serviços, decorrente da trajetória político-econômica em que o país se encontrava, mesmo assim acarretou o acesso a todos os níveis de assistência com atenção igualitária, integral, universal, sem preconceitos e privilégios sendo visto como um ser holístico. Conta ainda com a participação da comunidade e descentralização política-administrativa na gestão, para que o atendimento ocorra de acordo com as necessidades das regiões de atuação (MENDES, 2019; SILVA, CAMARGO, 2019; FERNANDES; SOUSA, 2020).

O sétimo ciclo de desenvolvimento é destacado pela implementação do Programa Saúde da Família (PSF), que perpetua até os dias atuais, e teve influência de modelos de medicina da família e comunidade em países como Inglaterra, Canadá e Cuba. O pilar de apoio para que a implementação ocorra foi demonstrado pela experiência que o Ceará adquiriu pelo do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e foi ampliado com enfermeiros e médicos para dar suporte na saúde da comunidade (MENDES, 2019).

Já o oitavo ciclo da APS é o desafio da concretização absoluta da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Sua consolidação pode ser considerada o final dos ciclos, pois determina que o seu papel completo no sistema de organização e comunicação dos sistemas de saúde,

onde possibilita sanar os problemas do PSF e determinar uma apresentação de saúde integral para a população (MENDES, 2019). Nesse sentido, os atributos APS pontuados por Starfield (2002), interpretados como as características essenciais e derivadas para desenvolver as intervenções relacionadas à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e intervenção visam avaliar as ações primárias de saúde, sendo reconhecidas como elementos que organizam a APS nos serviços de saúde, ou fazem parte do processo da atenção. Os atributos essenciais estão descritos a seguir.

- Primeiro contato: compreende a acessibilidade e o uso do serviço diante de um novo problema ou episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde (STARFIELD, 2002). A acessibilidade é analisada pela disponibilidade (obtenção da atenção necessária), comodidade (tempo de espera, contato com profissionais e conforto no atendimento) e aceitabilidade (aceitação dos usuários quanto aos profissionais do atendimento) (SHIMAZAKI, 2009).
- Longitudinalidade ou continuidade: compreende a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo (STARFIELD, 2002). Shimazaki (2009, p. 4) diz que “é uma relação pessoal de longa duração entre profissionais de saúde e usuários em suas unidades de saúde, independente do problema de saúde ou mesmo da existência de algum problema” O que proporciona mais benefícios como melhor atenção preventiva; menos hospitalizações; entre outros.
- Integralidade: compreende o reconhecimento das necessidades da população em relação a saúde e os recursos para abordá-las, assegurando o ajuste dos serviços de acordo com as necessidades (STARFIELD, 2002).
- Coordenação: compreende a disponibilidade de informação a respeito dos problemas de saúde e dos serviços prestados (SHIMAZAKI, 2009). Tais informações viabilizam a continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção, mantendo o usuário vinculado ao serviço de APS ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de um outro serviço (STARFIELD, 2002).

Os atributos derivados, propostos por Starfield que qualificam a APS:

- Abordagem familiar: compreende o conhecimento e acompanhamento dos membros da família e dos seus problemas de saúde pela equipe. Permite o estabelecimento de um vínculo entre a equipe e o usuário, juntamente com a sua família, facilitando a aceitação da investigação e da intervenção, quando necessária (SHIMAZAKI, 2009).

- Enfoque comunitário: compreende a uma forma complementar de ajustar os programas para que atendam às necessidades específicas de uma população, mas também diz respeito à participação da comunidade na tomada de decisão (SHIMAZAKI, 2009).

3.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

As Redes de Atenção à Saúde são definidas como uma organização poliárquica de conjuntos de serviços de saúde, vinculados por objetivos comuns e ação coletiva interdependente, que permite ofertar uma atenção contínua à população, coordenada pela APS, contribuindo com as responsabilidades sanitária e econômica, agregando valor a sociedade (MENDES, 2009; 2011). Ou seja, uma forma de organização do sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitem responder com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade às condições de saúde da população brasileira.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS, 2011), por sua vez, conceitua a RAS como uma rede de organizações que provê arranjos para a prestação de serviços de saúde integrais e equitativos a uma população, se dispondo a prestar contas pelos resultados clínicos e econômicos, e pelo estado de saúde da população definida. O Canadá apresenta uma proposta de RAS em que o diagnóstico decorre da atenção à saúde decorre da fragmentação do sistema, e depois desta fragilidade foi realizada uma proposta de integração, optando por uma população definida, arrecadação de capital, a porta de entrada para este sistema era a partir de uma instituição que tinha profissionais especialistas em medicina da família (MENDES, 2011).

No Brasil a organização do Sistema de saúde pelas RAS, podem ser consideradas recentes, partindo de experiências locais exitosas do estado do Ceará. A Experiência de integrar os sistemas, com a proposta de diminuir a fragmentação e disparidade dos serviços em uma determinada região, possibilitou a consolidação de uma Rede específica, a de atenção à mulher e à criança.

A partir destes e outros movimentos vindo dos demais Estados da federação brasileira, permitiu que a Comissão Intergestores Tripartite obtivesse de fato um posicionamento vindo do Ministério da Saúde (MS), Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) de promulgação da Portaria 4.279, em 30 de dezembro de 2010, onde-se estabelece as diretrizes estruturação das RAS no SUS, para diminuir lacunas encontradas no sistema, e na Gestão das Regiões de Saúde e qualificar o funcionamento político-institucional, assegurando os serviços com eficiência e efetividade (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

Nesse sentido, são definidos três elementos fundamentais das RAS: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011). Um modelo de

atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RAS, articulando as relações entre a população, os focos de intervenções e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da situação de saúde, demografia e epidemiologia e os determinantes sociais de saúde vigentes (MENDES, 2009; 2011). Visto a necessidade de uma resposta efetiva, eficiente e segura, dos sistemas de atenção à saúde, a situações de saúde denominadas condições crônicas, foi desenvolvido os modelos de atenção à saúde: modelos de atenção às condições agudas e modelos de atenção às condições crônicas (MENDES, 2011).

Os *modelos de atenção às condições agudas* são utilizados para responder às necessidades colocadas pelas condições agudas e pelos eventos agudos (agudizações) das condições crônicas. Possuem o objetivo de identificar com base nos sinais de alerta, o mais rápido possível, a gravidade de uma pessoa em situação de urgência ou emergência, definindo o ponto de atenção adequado para a situação, considerando o tempo de atenção requerido pelo risco classificado como variável crítica (CORDEIRO JÚNIOR, 2008; MENDES, 2011).

Os *modelos de atenção às condições crônicas* são construídos de um modelo seminal: Modelo de Atenção Crônica, do qual derivam adaptações constituindo-se de modelos derivados (MENDES, 2011). De acordo com Mendes (2009), o Modelo de Atenção Crônica inicial foi desenvolvido nos Estados Unidos, por meio de uma revisão da literatura sobre a gestão das condições crônicas. Tal modelo foi sendo aperfeiçoado e testado de acordo com novas revisões e experiências práticas em variadas situações. Posteriormente, foram incorporados ao modelo, os temas: segurança das pessoas usuárias, a competência cultural, a coordenação da atenção, os recursos da comunidade e a gestão de caso (MENDES, 2011).

Para conciliar com reestruturação do sistema, a rede vem sendo apresentada no modelo que deve ser aplicado na mesma estrutura operacional das RAS (MENDES, 2011). Assim, no Brasil, a implantação das RAS é realizada na forma de redes temáticas, priorizando as linhas de cuidados, estabelecidas por portarias que nasceram da Portaria nº 1473 de 24 de julho de 2011 (OLIVEIRA, 2015).

- Portaria GM/MS nº 715, de 4 de abril de 2022, institui, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção Materna e Infantil. Tem como objetivo fomentar o modelo de atenção à saúde da mulher e da criança, reduzir a mortalidade materna. Consiste em uma rede de cuidados que assegura à mulher o direito ao planejamento familiar, Acolhimento no parto, pré-natal, gravidez, perda gestacional, e puerpério . E o recém-nascido direito de um nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2022).

- A Portaria GM/MS nº 1600, de 7 de junho de 2011, reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS. Esta rede prioriza as linhas de cuidados cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicos (BRASIL, 2011b).
- Portaria GM/MS nº 3088, de 23 de dezembro de 2011, institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. Com finalidade de criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas (BRASIL, 2011c).
- Portaria GM/MS nº 793, de 24 de abril de 2012, institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS. Possui como objetivo a ampliação do acesso e qualificação do atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente, progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua (BRASIL, 2012).
- Portaria GM/MS nº 483, de 1º de abril de 2014, redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. Com o objetivo de realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças/condições crônicas, por meio da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. Vale ressaltar que tal rede aborda a questão das condições crônicas, e não apenas de doenças, visto que estas questões vão além de doenças (BRASIL, 2014).

3.3 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

O termo avaliação é inerente ao processo de aprendizagem e possui inúmeras definições. Para Silva (2005), a avaliação de programas e serviços pode ser compreendida como a abordagem sistemática de determinadas práticas sociais, incluindo a saúde, visando realizar um julgamento em torno das práticas e ações.

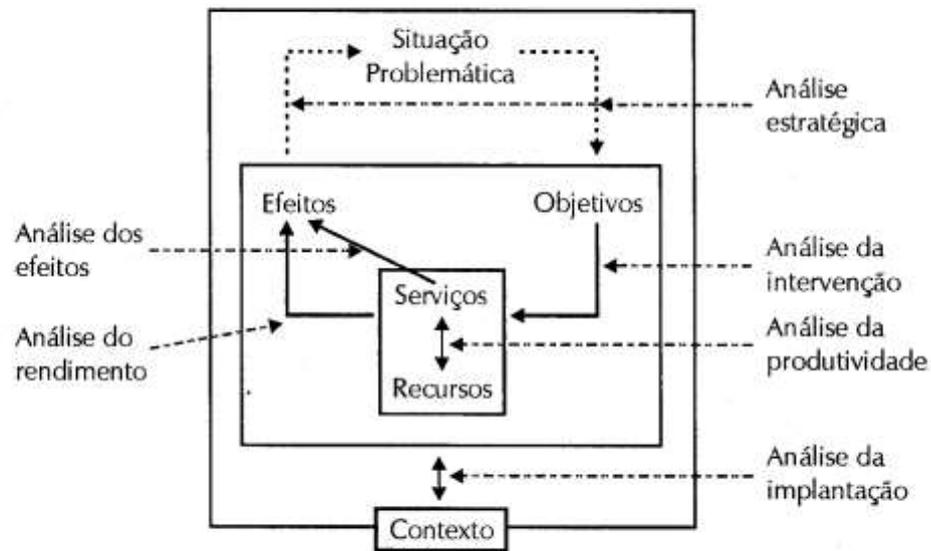
No campo da saúde, as definições de avaliação se direcionam ao âmbito das políticas e programas sociais, consistindo no julgamento de valor a uma intervenção (GUBA; LINCOLN, 1990; CONTANDRIOPÓULOS, 1997; 2006). Assim, a avaliação é realizada como um processo de negociação entre os atores envolvidos na intervenção avaliada, permitindo o desenvolvimento de conceitos e a acumulação dos conhecimentos (GUBA; LINCOLN, 1990).

A avaliação é considerada um componente presente em vários âmbitos e campos com muitas definições, onde se pode notar que existem vários significados. Ela pode ser identificada como um instrumento de gestão com capacidade de análise situacional dos resultados realizados com o instrumento de avaliação é capaz de auxiliar a gestão quanto às tomadas de decisões dos serviços de saúde. Este diagnóstico situacional quando é realizado apropriadamente pode reverter processos de atendimento não eficazes, podendo qualificar os serviços (TANAKA, 2001; SILVA, 2005).

Um dos propósitos da avaliação em saúde é garantir a qualidade nos serviços de saúde, desde o atendimento até o procedimento realizado. Sabe-se que essa qualidade deveria ser direcionada a todas as ações que visam proteger, promover e melhorar a qualidade de vida, ainda não podem ser quantificadas, sem um processo de avaliação deste serviço. (DONABEDIAN, 1973).

A avaliação de saúde está diretamente ligada à gestão em saúde, pois através desta prática administrativa, podemos observar uma otimização de serviços. Sendo assim podemos observar 3 pilares fundamentais para otimização que são a efetividade, eficiência e eficácia (TANAKA; TAMAKI, 2012). Para que a avaliação ocorra de forma coerente se faz necessária a realização de uma pesquisa avaliativa, ilustrada na Figura 1.

Figura 1 - A pesquisa qualitativa



Fonte: HARTZ (1997).

Esse procedimento nos permite realizar um levantamento da situação problema, permitindo realizar um estudo pontual, através de meios técnicos científicos, que resultará em uma intervenção efetiva. Este método de avaliação consiste em seis análises minuciosas, facilitando a projeção de implantação das ações necessárias, a qual também abre prerrogativas para novas questões e situações problemas, permitindo que os serviços possam, ao longo do trajeto, crescer e se qualificar (HARTZ, 1997).

O movimento de avaliação que adentrou nos serviços e programas públicos de saúde, onde eram realizadas análises para constatar vantagens que auxiliaram para a redução de custos, decorre do fim da Segunda Guerra Mundial, em que modificou diversas áreas tais como educação, social, empregos e saúde. Na década de 70 ocorreu a necessidade de obter informações sobre o funcionamento e a eficácia do sistema de saúde, ocorrendo assim a imposição de avaliar os modelos sanitários, para descobrir qual a melhor opção, visto que se tornou indispensável o controle dos custos do sistema de saúde, mas sem que se a acessibilidade e qualidade dos serviços seja afetada (HARTZ, 1997; CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A avaliação surge na saúde, vinculada aos avanços da epidemiologia e da estatística, testando a utilidade de diversas intervenções, particularmente direcionadas ao controle das doenças infecciosas e ao desenvolvimento dos primeiros sistemas de informação que orientassem as políticas sanitárias nos países desenvolvidos (Estados Unidos, Alemanha, Inglaterra, França, Grã-Bretanha, Suíça etc.) (HARTZ, 1997). No Brasil, a avaliação em saúde ocorreu no interior do campo da Saúde Coletiva (FURTADO; SILVA, 2014;

AKERMAN; FURTADO, 2016; SILVA, 2018). E conforme Akerman e Furtado (2016, p. 49):

A constituição do espaço da avaliação em saúde no Brasil ocorreu como produto do encontro de agentes (com trajetórias diferenciadas nos campos burocrático, político e científico) estimulados e financiados por instituições internacionais ligadas ao campo econômico, mas vinculadas à organização do Sistema Único de Saúde. Esse movimento se deu no interior do espaço da Saúde Coletiva, por sua vez um universo de saberes e práticas composto por subespaços científico, burocrático e político por onde os agentes, em boa parte, transitam (AKERMAN; FURTADO, 2016).

É por meio da avaliação e a partir dos julgamentos inerentes a ela, que se torna possível construir o subsídio para as tomadas de decisões no campo da saúde. A avaliação em saúde não é apenas avaliar os programas e serviços, mas sim, um processo que favorece a participação e as discussões a fim de resultar em melhorias na eficácia e eficiência, no sentido geral, contribuindo para a universalização e democratização (AKERMAN; FURTADO, 2016).

Para que se tenha um instrumento de qualidade, se deve ter critérios definidos dos dados que se deseja levantar para que não ocorra implicações e limitações durante o resultado e não contenha viés e o resultado seja específico e a interferência gere resultados satisfatórios para os serviços de saúde (PORTELLA, 2000).

Encontram-se cinco instrumentos que avaliam a APS, eles podem ser utilizados nacionalmente e internacionalmente. Se destacam os *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET); *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP) e *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ), PACOTAPS (Aplicativo para atenção primária em saúde); e PCATools (*Primary Care Assessment Tool*) (FRACOLLI et al, 2014).

Ademais, Lima e colaboradores (2020) ao analisar a literatura, identificaram instrumentos que avaliam a Rede de Atenção à Saúde pela perspectiva da estruturação de rede de cuidados primários em sistemas de saúde, a longitudinalidade, comunicação interprofissional, coordenação do cuidado, acesso aos serviços de saúde e a qualidade do cuidado. Dentre os instrumentos identificados, destaca-se o Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária (COPAS) o qual foi desenvolvido sob a perspectiva teórica das RAS e que pode ser uma ferramenta útil no apoio aos trabalhadores e gestores para implementar avaliar potencialidades e fragilidades no que se refere a coordenação das RAS pela APS.

Com tudo se destaca a importância da avaliação para responder as demandas da gestão. Nota-se que ainda a avaliação é um campo novo, e que está ganhando espaço dentro

da saúde. A complexidade que o país se apresenta, com contextos diferentes, pluralidade das regiões, deve ocorrer uma adaptação da ferramenta de coleta (TESTON, et al,2021).

Sendo assim se considera que a avaliação em saúde exige um empenho de um conjunto de profissionais para que a realização seja efetiva e fidedigna as instituições devem ser capacitadas para que a coleta ocorra com rigorosa e consiga um resultado satisfatório para que a estão possa implementar mudanças e qualificação da assistência ofertada nos serviços de saúde (RIBEIRO, SCATENA 2019).

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Foi desenvolvido um estudo analítico transversal, o qual examina a existência da associação entre uma exposição ou condição relacionada à saúde e observam-se determinado fenômeno em período definido, descrevendo fator e efeito e evidenciando as características e correlações do que está sendo analisado naquele momento (ROUQUAYROL, 2013).

4.2. CENÁRIO

O cenário do estudo foi o município de São Luiz Gonzaga, RS, pertencente à 11ª Região de Saúde intitulado, Sete Povos das Missões, da 12ª Coordenadoria Regional de Saúde, com sede na cidade de Santo Ângelo, localizada na região noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (RS).

O município de São Luiz Gonzaga foi fundado no ano de 1687, cuja área territorial é estimada em 1.296 km² e a população de 33.124 habitantes. A densidade demográfica se apresenta em 26,67 hab/km² (IBGE, 2010). A estrutura etária populacional, conta com os dados demográficos de 2010 a 2020, segundo o plano de saúde municipal (2022-2025), ilustrados na Figura 2.

Figura 2 - Dados demográficos do município de São Luiz Gonzaga, RS

DADOS DEMOGRÁFICO					
	2017	2018	2019	2020	2010
População Residente	33.859	33.668	33.468	33.293	
População - sexo feminino	17.210	17.090	16.956	16.858	
População - sexo masculino	16.649	16.578	16.503	16.435	
População 0 a 9 anos	3.996	3.963	3.926	3.896	
População 10 a 19 anos	4.485	4.273	4.069	3.880	
População 20 a 59 anos	18.795	18.656	18.487	18.319	
População 60 a 79 anos	5.534	5.690	5.858	6.031	
População 80 ou mais	1.049	1.086	1.128	1.167	
População Urbana					30508
População Rural					4048

Fonte: Plano Municipal de Saúde de São Luiz Gonzaga (2022).

O município apresenta o Índice Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de 0,741. O Índice de Gini que verifica o grau de concentração em renda do município corresponde à 0,5034. Na relação à taxa de ocupação de atividade da população de >18 anos, ativa economicamente foi apresentada em 64,50%. Ao mesmo tempo, a taxa de desocupação nessa faixa etária, passou a ser de 5,20%. A alfabetização quando considerado a população de >25 anos, 8,22% eram analfabetos, 47,36% tinham o ensino fundamental completo, 32,58% possuíam o ensino médio completo e 9,90%, o superior completo (IBGE,2010).

No quesito ambiental apresenta 57,6% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 98,3% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 5,4% de domicílios urbanos em vias públicas com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio) (IBGE, 2010).

O município apresenta a taxa de mortalidade infantil média de 8,13 para 1.000 nascidos vivos, ficando na posição 169 dos 497 municípios do Estado do RS. As internações por diarreias são de 0,1 para cada 1.000 habitantes, quando comparadas com o Estado do RS sua posição se encontra em 395 (IBGE, 2010).

O Plano Municipal de Saúde de São Luiz Gonzaga descreve a Sede da Secretaria Municipal de Saúde, onde está localizada na Rua Fernando Machado, nº 2899, Bairro Agrícola, foi criada pela Lei Municipal nº 1.932 do dia 07 de janeiro de 1986. Está estruturada e organizada em: gabinete do secretário, administrativo, planejamento da saúde, coordenação da atenção básica, Equipe de Atenção Primária (EAP), Vigilância em saúde, laboratório de Análises Clínicas, Assistência Farmacêutica, Saúde Bucal, Setor de Transporte e Atenção Especializada.

Em relação à Atenção Básica, o município conta com dez Estratégias de Saúde da Família com cobertura populacional estimada pelas equipes de AB, corresponde a com por cento. As respectivas áreas de abrangência e ilustradas na Figura 3.

- ESF Duque: Atende a população residente nos bairros Harmonia, Duque de Caxias e Vila Marcos;
- ESF Trinta: Atende a população residente no bairro Joaquim Nascimento, Pedreira, Vila Trinta, parte do bairro da Gruta e Afonso Rodrigues;
- ESF Paz: Atende a população residente na Vila Trevo, Loureiro e Paz;
- ESF Agrícola: Atende a população residente nos bairros Agrícola, Raimundo Gomes Neto, Vila Jauri, uma parte do Centro e Interior (Santa Inês e Barro Preto);
- ESF Presidente Vargas: Atende a população residente nos bairros Presidente Vargas, Monsenhor Wolski, parte do Centro e Vila Auxiliadora, Laranja Azeda e São Lourenço das Missões;
- ESF Mário: Atende a população residente na Vila Mário, Bairro Auxiliadora, COHAB, Vila União, parte da Restinga Seca, Pirajú, Argentino Perim, Vila Ferrari, Bairro Centenário, Área Industrial.
- ESF Dr. Chico: Presta atendimento de atenção básica para a população residente no bairro Boa Esperança, Itapevi, Vila Nova, parte bairro da Gruta e Rincão de São Pedro.
- ESF Centro: No contexto da pandemia foi modificado para ambulatório de triagem e atendimento de pessoas com sintomas gripais, suspeitos e positivos para COVID-19.
- ESF Ramona: atende moradores dos bairros Raimundo Gomes Neto e Marcos, e parte do Bairro Centro e Bairro Duque de Caxias.
- ESF Floresta: atende moradores dos bairros Floresta, parte bairro da Gruta e Marcos, e presta assistência de saúde integral às pessoas privadas de liberdade dentro da Penitenciária Estadual de São Luiz Gonzaga.

Figura 3 - Localização espacial das Estratégias de Saúde da Família do Município de São Luiz Gonzaga



Fonte: Elaboração da autora através do Google Maps (2023).

4.3 PARTICIPANTES

A população do estudo foi trabalhadores da saúde que atuam na APS do Município de São Luiz Gonzaga no Estado do Rio Grande do Sul. Os profissionais preconizados a partir da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL,2017) são:

- Equipe de Saúde da Família (eSF): Médico, Enfermeiro, Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS), Agente de Combate às Endemias (ACE), Cirurgião-dentista e Auxiliar e/ou Técnico em saúde bucal;
- Equipe da Atenção Primária (eAP): Médico, Enfermeiro, Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem, ACS, ACE, Cirurgião-dentista e Auxiliar e/ou Técnico em saúde bucal.
- Equipe de Saúde Bucal (eSB): Auxiliar e/ou Técnico em Saúde Bucal, Cirurgião-dentista;
- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB): Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria;
- Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS).

Para identificar a população oriunda do estudo foi acessado o website do Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde (CNES), na aba página inicial, consulta e extração de profissionais (<http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>) no dia 06 de junho de 2021.

Para o cálculo da amostra foi utilizado a amostra mínima aleatória estratificada proporcional em decorrência da diferença dos recursos humanos entre as Macrorregiões de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, por meio da fórmula (1).

Os valores da estimativa do nível de confiança utilizado foi $Z = 1,96$. Para a probabilidade de ocorrência do evento foi adotado o valor máximo de 0,5 proporção populacional (p) de profissionais que não pertencem à categoria de interesse do estudo igual 0,5, erro amostral igual a 0,1.

Dessa forma, a amostra foi calculada para o município de São Luiz Gonzaga a partir da consulta ao CNES, que conta a população (N) de 124 profissionais da saúde, sendo a amostra mínima (n) com total de 55 profissionais da saúde.

Os critérios para inclusão no estudo foram profissionais preconizados pela PNAB que compõem as eAPs e vinculados ao CNES do município de São Luiz Gonzaga. Foram excluídos os profissionais que atuam a menos de um mês no serviço de saúde, tendo em vista a necessidade de conhecimento sobre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde na qual o profissional está inserido, além daqueles afastados por licença de saúde e férias.

4.4 COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Coordenação da RAS pela APS (COPAS), adaptado e validado para o Brasil por Rodrigues (2013). O instrumento COPAS é composto pela caracterização e identificação do participante da pesquisa, caracterização da Unidade de Saúde e questões subdivididas em cinco dimensões (População, Atenção Primária à Saúde, Centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos), totalizando 78 questões, ilustrado na Figura 4.

Figura 4 - Dimensões do Instrumento COPAS para avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde

Atributo	Definição	nº de itens no instrumento
<i>População e territórios</i>	Vive em territórios sanitários singulares, organiza-se socialmente em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Deve haver um amplo conhecimento das suas preferências e necessidades, o que acaba por ser um determinante na oferta de serviços de saúde.	14
<i>Atenção Primária à Saúde</i>	Constitui o modelo de atenção formado por equipe multiprofissional que cobre toda a população, serve de porta de entrada, integra e coordena o cuidado.	19
<i>Sistemas de Apoio</i>	Compostos dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistemas de teleassistência.	15
<i>Sistemas Logísticos</i>	Consistem no registro eletrônico, sistemas de acesso e regulação e os sistemas de transporte.	16
<i>Sistemas de Governança</i>	Criados para toda a Rede com o propósito de instituir uma missão, visão e estratégias únicas para os serviços de saúde que a compõem.	14

Fonte: Adaptado de Mendes, 2011; Rodrigues et al., 2014; Popolin, 2014; Damaceno (2020).

Nessa pesquisa o Instrumento Copas foi aplicado em duas modalidades: presencial e online. Para a primeira modalidade, presencial, foi realizado agendamento prévio com os participantes estabelecendo o dia, horário e local que mais lhe convinha, na qual foi realizada a explicação do estudo, leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), esclarecimento de dúvidas e a leitura do Instrumento COPAS (Anexo A), a duração estimada foi de 45 minutos. A segunda modalidade, foi realizada online com agendamento prévio, momento em que ocorreu uma explicação do projeto. Além disso, foi encaminhado via e-mail ou aplicativo de mensagens o QRcode ou link do formulário online contendo o TCLE e o Instrumento COPAS (Anexo B). A duração estimada para a leitura e resposta foi de 25 minutos. Salienta-se que os profissionais tinham o contato telefônico e e-mail da pesquisadora para explicitação de dúvidas quanto ao projeto ou sobre o Instrumento.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram coletados na modalidade presencial e *online*, e organizados em planilha do Microsoft Excel® e as análises estatísticas realizadas pelo *Programa Statistical Package for the Social Science* (SPSS®) versão 18.0. A fim de verificar a consistência interna e confiabilidade, o coeficiente de Alfa de Cronbach foi calculado e estes valores variam de 0 a 1; sendo que quanto mais próximo de 1 maior confiabilidade, valores acima de 0,7 serão considerados como consistência interna satisfatória (HAIR et al., 2005). A distribuição de normalidade foi avaliada pelo Teste de Shapiro Wilk.

Os dados analisados pela estatística inferencial, as variáveis foram comparadas pela aplicação dos Testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Os escores construídos somando-se

cada valor das respostas da escala Likert (Discordo Totalmente = 1, discordo = 2, Não Concordo/Nem Discordo = 3, concordo = 4 e Concordo Totalmente = 5) são atribuídos cada participante e posterior dividindo-o pelo valor total possível da referida dimensão, resulta em uma proporção para cada participante (POPOLIN, 2017). Para o cálculo do escore final de cada dimensão foi considerado a média das proporções de todos os participantes para gerar a porcentagem final.

Para a definição da classificação de cada dimensão foram utilizados os escores propostos no atributo ou na globalidade dos seus atributos na Coordenação das RAS, sendo eles: entre 0 e 25% (Condição insatisfatória); 25,01 a 50% (Condição regular); 50,01 a 75% (Condição boa); e 75,01 a 100% (Condição ótima), ilustrados na Figura 5.

Figura 5 - Escores para classificação da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde por globalidade e atributos

Escores	Classificação
0 a 25%	<i>Condição insatisfatória</i> da APS naquele atributo ou na globalidade dos seus atributos na coordenação das RAS
25,01% a 50%	<i>Condição regular</i> da APS naquele atributo ou na globalidade dos seus atributos na coordenação das RAS
50,01% A 75%	<i>Condição boa</i> da APS naquele atributo ou na globalidade dos seus atributos na coordenação das RAS
75,01% a 100%	<i>Condição ótima</i> da APS naquele atributo ou na globalidade dos seus atributos na coordenação das RAS

Fonte: Adaptado de Popolin (2017, p.68).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo atendeu as recomendações da Resolução Federal nº 466/2012 que regulamenta as pesquisas, que envolvem seres humanos e asseguram os preceitos da bioética como a autonomia, privacidade, não maleficência, beneficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012) e a Resolução nº 580/2018 que estabelece as especificidades éticas das pesquisas de interesse estratégico para o SUS (BRASIL, 2018c).

Foi garantido aos participantes, com a assinatura eletrônica do TCLE (Apêndice A), os preceitos éticos, contando com informações dos pesquisadores, justificativa, os objetivos e os

métodos de coleta de dados, explicitação dos desconfortos e riscos, benefícios, a assistência integral, a liberdade em recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, manutenção do sigilo e da privacidade, recebimento de uma via do TCLE, via digital, se necessário o participante tem a cobertura das despesas e indenização de algum eventual dano decorrente da pesquisa.

Os dados coletados foram utilizados única e exclusivamente para a execução do presente projeto e a confidencialidade, privacidade e o sigilo sobre todas as informações coletadas foram mantidos por meio da assinatura do Termo de Confidencialidade (Apêndice B). Os dados decorrentes do projeto ficarão sob responsabilidade da Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller, por um período de cinco anos, e serão guardados em um computador disposto na Sala 1308, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), após este período, serão descartados.

A devolutiva da pesquisa ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/UFSM será por meio de dissertação de mestrado, publicação de artigos científicos, construção de trabalhos completos/resumos e apresentação em eventos, apresentação no Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Coletiva, disciplinas relacionadas à Atenção Básica do curso de Enfermagem/UFSM. Para o município de São Luiz Gonzaga a devolutiva dos dados aos participantes do estudo e gestores do município será entregue através de relatórios e materiais informativos para ser utilizado pela Instituição.

O projeto foi autorizado institucionalmente pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Luiz Gonzaga/RS (ANEXO C). O projeto recebeu autorização da responsável pela validação do Instrumento Copas (ANEXO D), atendendo a Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998, sobre direitos autorais e de autores (BRASIL, 1998). Recebeu parecer positivo do Comitê Gestor, da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, através do Termo de Autorização (ANEXO E), Autorização Institucional do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul (ANEXO F) e Declaração de Evidente Interesse Público e do Sistema Único de Saúde (ANEXO G).

O Projeto foi cadastrado no Portal de Projetos da UFSM sob nº 056990, na Plataforma Brasil, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da UFSM sob Certificado de apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 53260821.5.1001.5346 e parecer nº 5.165.921 (ANEXO H). O Projeto foi financiado pelo CAPES, por meio da concessão bolsa de demanda social – Código de Financiamento 001.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise do perfil sociodemográfico identificou que dos 55 profissionais que participaram do estudo 83,6 % (46) declararam-se do sexo feminino e 65,5% (41,8) eram ACS. A média de idade foi de 41,51 anos e o tempo de atuação de 07 anos, sendo o menor 2 meses e o maior 20 anos, cujas variáveis estão identificadas na Tabela 1.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico dos participantes da pesquisa

Variáveis	Categorias	Frequência	Percentual (%)
Gênero	Feminino	46	83,6
	Masculino	9	16,4
Faixa de Idade (anos)	21 a 30	4	7,3
	31 a 40	23	41,8
	41 a 50	17	30,9
	51 e mais	11	20,0
Profissão	Agente Comunitário	36	65,5
	Auxiliar de Dentista	1	1,8
	Auxiliar de Saúde Bucal	1	1,8
	Dentista	1	1,8
	Enfermeiro	5	9,1
	Médico	2	3,6
	Técnico de Enfermagem	9	16,4
Tempo de atuação (anos)	< 5	21	38,2
	Entre 6 e 10	30	54,5
	> 11	4	7,3

Fonte: Elaboração da autora (2023).

O perfil sócio-profissional resultante da pesquisa evidencia que na APS ainda predomina o gênero feminino, com maior percentual, ainda com um número significativo de homens atuando na APS. Corroborar com os achados da pesquisa de Santos e colaboradores (2018) em que a predominância de profissionais da enfermagem foram do gênero feminino

(83,8%) e na de Silva (2017) foram 72%, reafirmando que os profissionais de saúde do sexo feminino ainda são predominante na APS.

A faixa etária que teve predomínio entre os profissionais ficou entre 31 a 40 anos, mas observa-se que entre 41 a 50 anos também se destaca, com a média de idade de 41,51 anos com o desvio padrão de 9,5 anos. Sturmer e colaboradores (2019) identificaram que a idade dos profissionais da APS descritos no estudo foi de 30 a 44 anos, observando-se a similaridade na faixa etária dos participantes do estudo. Corroborando com a média de idade dos profissionais encontrada nos estudos de Agostinho (2018) e Strumer (2019) em que a média foi de 40,1 anos e do gênero feminino.

Na relação do tempo de trabalho na APS, observa-se que os profissionais com maior tempo de atuação foram entre 6 e 10 anos com 54,5%. Em estudo realizado por Borges (2021) identificou-se que os profissionais da APS têm uma média de atuação de 2 anos. Machado (2018), em seu estudo, caracterizou que os profissionais da saúde têm uma média de 5 anos de tempo de serviço na ESF.

Ademais, identificou-se que em relação aos profissionais que participaram do estudo 65,5% eram ACSs. Em estudo conduzido por Souza (2020), identificou-se que o número de ACS nos Estados da Região Sul do Brasil (Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná) quando comparado às outras regiões do país, em 2018, era de aproximadamente 31 mil sendo a quarta menor região com ACSs. Mesmo com esse número menor, neste estudo se destacou a sua presença, o que possibilita maior conhecimento do território e da população e, conseqüentemente, o cadastramento e acompanhamento das famílias.

Em relação à *dimensão “População”* apresenta questões relacionadas aos territórios, organização, cadastro e registro das famílias e subpopulações. Dos 14 itens, devem ser consideradas invertidas as questões 02, 10 e 12, sistematizadas na Tabela 2.

Tabela 2 - Indicadores da dimensão População do Instrumento COPAS

Indicadores	Frequência*					Média	D. Padrão
	1	2	3	4	5		
População ($\alpha = 0,647$)						3,61	0,985
1. Há uma população definida sob os cuidados das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS). **	0	0	2	43	7	3,87	1,010
2. Os profissionais da APS não buscam saber sobre as necessidades de saúde da população que está sob seus	0	6	0	30	19	4,13	0,875

cuidados. ***							
3. Tudo que é feito na APS está de acordo com o que a população necessita.	0	7	9	35	4	3,65	0,791
4. A APS está dividida em áreas e microáreas com uma população definida.	0	0	2	40	13	4,20	0,482
5. A APS possui um formulário/ sistema de informação que controla e organiza os atendimentos de saúde da população no município e região.	0	0	0	44	11	4,20	0,4002
6. Este formulário/ sistema de informação considera a realidade e problemas da população.	0	7	3	40	5	3,78	0,779
7. Todas as demandas para especialistas efetuadas pela APS são atendidas pelos serviços especializados e a equipe conhece os serviços.	0	11	5	38	1	3,53	0,828
8. Todas as demandas de internação hospitalar efetuadas pela APS são atendidas e a equipe conhece os serviços.	0	10	10	32	3	3,51	0,850
9. As pessoas e famílias que estão sob os cuidados da APS estão cadastradas na unidade.	1	0	2	43	9	4,07	0,599
10. O cadastramento da população na APS não é feito por família.***	1	13	3	28	10	3,60	1,089
11. As famílias estão classificadas de acordo com as condições sociais.	10	23	8	14	0	2,47	1,059
12. A população não está classificada por sexo, idade e outros.***	2	16	9	24	4	3,22	1,056
13. A população está classificada de acordo com os fatores de risco para o adoecimento.	0	23	5	25	2	3,11	1,003
14. A população está classificada na APS de acordo com o seu diagnóstico médico.	0	16	13	24	2	3,22	0,908

* 1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não concordo / Nem concordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente

** indivíduos não responderam.

*** Questões invertidas

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A dimensão que se refere à população obteve-se a média geral de 3,61, cujo escore é interpretado como condição ótima. A análise dessa dimensão apresenta resultados positivos, podendo ser observada pelos resultados acima da média destacando-se os itens “1-Há uma

população definida sob os cuidados das equipes de APS” com a média de 3,87,”3-Tudo que é feito na APS está de acordo com o que a população necessita” com uma média de 4,13 e “4- A APS está dividida em áreas e microáreas com uma população definida” com a média de 4,20.

O registro de tais informações, embora tenha o Prontuário Eletrônico do Cidadão, são realizadas de ferramentas manuais, realizados cadernos pessoais, relatórios e informações do cotidiano dos próprios ACS. Para Rocha (2019), o desenvolvimento das ações de planejamento de um território efetivo deveria ser realizado por meio de técnicas de geoprocessamento e meios digitais com precisão, otimizando o processo de trabalho na APS. Meios que proporcionam uma nova visão para diminuir as limitações que encontram-se nos territórios visionando melhorias na cobertura da população.!

Damaceno (2020) corrobora com os achados desta pesquisa ao apresentar que 84% dos profissionais que participaram do seu estudo com o Instrumento COPAS concordaram que definem a sua população, identificam os problemas de saúde e as situações de risco, impactando na consolidação das RAS no que tange ao seu primeiro elemento, a população. O escore no município de São Luiz Gonzaga obteve uma condição ótima em relação a população definida, cadastro da população e a divisão das áreas a serem delimitadas, o que implica reconhecer a importância do ACS na atualização do cadastro e acompanhamento das famílias.

O estudo desenvolvido por Calistro (2020) aborda as dificuldades que os ACS têm para chegar até as famílias, como o conflito de horários com as atividades das famílias, acesso às famílias, distâncias geográficas ou por terem planos de saúde privados. Assim, verificam-se barreiras como horários de funcionamento das UBSs que não condizem com a realidade da população do território e limitam o acesso e acolhimento. Silva (2017) ao avaliar o acesso com o Instrumento PCATool com usuários adultos na região central do estado do RS identificou que este obteve um baixo escore, e as questões que menos pontuaram estavam relacionadas ao horário e dia de funcionamento da unidade de saúde.

Embora tais dificuldades sejam pontuadas, os itens que se relacionam aos sistemas de informação foram bem avaliados como o item “6- Este formulário/ sistema de informação considera a realidade e problemas da população” que obteve a média de 3,78 e os itens 9 “As pessoas e famílias que estão sob os cuidados da APS estão cadastradas na unidade” e 5 “A APS possui um formulário/ sistema de informação que controla e organiza os atendimentos de saúde da população no município e região” que obtiveram médias de 4,07 e 4,20, respectivamente.

Os resultados obtidos alcançaram a condição boa da APS em coordenar a RAS, uma média considerável com respostas satisfatórias em relação aos sistemas de informação utilizados, reforçando a importância desses sistemas, primordiais para o planejamento das ações em saúde dentro da APS. Subsidiando, conforme Ferreira e colaboradores (2020), na tomada de decisões de gestores e profissionais no que tange ao reconhecimento do perfil socioeconômico e sanitário da população, definição de áreas para intervenções, na construção dos indicadores e na gestão do trabalho dos profissionais. O estudo realizado por Heidemann (2015), em Unidades de Saúde da Família em Florianópolis - Santa Catarina, identificou que com o uso do sistema de informação foi possível reorganizar e caracterizar os serviços de saúde, cujos dados garantem o conhecimento da situação real da comunidade na saúde, social, cultural e econômica.

Porém, observa-se que ainda temos algumas limitações dentro desta dimensão como no item 11 “As famílias estão classificadas de acordo com as condições sociais” que obteve a menor média de 2,57 e o item 13 “A população está classificada de acordo com os fatores de risco para o adoecimento” com a média de 3,1. Foram identificados uma menor pontuação nos itens 7 “Todas as demandas para especialistas efetuadas pela APS são atendidas pelos serviços especializados e a equipe conhece os serviços” de 3,57; 8 “Todas as demandas de internação hospitalar efetuadas pela APS são atendidas e a equipe conhece os serviços” média de 3,51; no item 12 “A população não está classificada por sexo, idade” média de 3,22; 14 “A população está classificada na APS de acordo com o seu diagnóstico médico” com uma média de 3,22 e 10 “O cadastramento da população na APS não é feito por família” que obteve a média de 3,6.

Os itens 7 e 8 obtiveram a média geral abaixo das demais, no entanto identificou-se que em relação a frequência dos demais itens, pode-se notar que os profissionais conhecem os serviços atendidos pelo município e os fluxos da Rede que os usuários devem percorrer, partindo da APS para os serviços especializados e hospitalares. Brondani e colaboradores (2016), no entanto, em seu estudo, identificaram que ainda existem dificuldades de articulação entre os serviços de saúde e desconhecimento dos profissionais sobre os fluxos das RAS, procedimentos e intervenções necessárias. Erdmann (2013), em seu estudo abordou que para que ocorra a integração dos níveis de assistência deve ser utilizado os sistemas de informação como instrumento de acompanhamento, de forma que por meio deles possa ser regularizado a situação de cada nível de atenção.

Sendo assim, ao analisar os itens 10, 11, 12, 13 e 14 percebe-se que o cadastramento e a classificação das famílias dentro das unidades apresentam divergências. Quando analisamos

os resultados observa-se que não está definido como será o cadastro e classificação. Algumas unidades se cadastram por família, algumas usam condições sociais, quando se trata do risco de adoecimento pode-se observar uma divisão de respostas como discordo e concordo. e quando se trata de diagnóstico médico a maioria das unidades classifica sua população.

Em sua discussão, Silva (2018) pontua sobre a desatualização do cadastramento das famílias decorrente de dificuldades de entendimento da importância dessa atividade, falta de acesso e/ou burocratização Sistema deixando de ser dinâmico e constante. O cadastro deve ser alinhado, através de tecnologia que auxilia no processo de organização, traçar perfis das famílias que possam ser acompanhados de acordo com as necessidades, melhorando no vínculo necessário para um atendimento integral (COSTA et al.,2020).

Em relação à *dimensão “Atenção Primária à Saúde”* apresenta questões relacionadas ao modelo de atenção, a equipe, porta de entrada e coordenação do cuidado. Dos 19 itens, devem ser consideradas invertidas as questões 1, 5, 8, e 17. Os dados analisados estão sistematizados na Tabela 3.

Tabela 3 - Indicadores da Dimensão Atenção Primária à Saúde do Instrumento COPAS

Indicadores	Frequência*					Média	D. Padrão
	1	2	3	4	5		
Dimensão: Atenção Primária à Saúde ($\alpha = 0,693$)						3,50	0,913
1. A equipe de APS não tem responsabilidades pela população que está sob seus cuidados.**	2	3	7	30	13	3,89	0,947
2. Há uma equipe multiprofissional com responsabilidades claras de cada membro na APS	0	5	13	35	2	3,62	0,700
3. As responsabilidades da equipe multiprofissional da APS para atendimento dos diferentes problemas de saúde são definidas a partir de normas específicas do município.	0	0	12	40	3	3,84	0,496
4. O encaminhamento da APS é necessário para ter acesso aos outros níveis de atenção à saúde.	0	0	4	46	5	4,02	0,404
5. Não há incentivos para os usuários adotarem a APS como porta de entrada. **	0	10	5	34	6	3,65	0,899
6. As relações entre a APS e os demais níveis de atenção à saúde estão claramente definidas.	0	4	14	37	0	3,60	0,621

7. A APS possui sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais.	0	5	10	38	2	3,67	0,689
8. 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). **	4	27	10	14	0	2,62	0,944
9. Há um vínculo entre as equipes de APS e os usuários e suas famílias.	0	2	3	44	6	3,98	0,556
10. 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.	2	11	12	28	2	3,31	0,951
11. A APS está organizada para prestar os cuidados às mulheres e às crianças, segundo normas específicas do município.	0	4	3	45	3	3,85	0,616
12. A APS está organizada para prestar os cuidados aos adolescentes e aos idosos, segundo normas específicas do município.	0	6	10	37	2	3,64	0,723
13. 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	8	4	34	8	3,73	0,943
14. A APS está organizada para fazer o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e dos idosos segundo normas específicas do município.	0	4	10	38	3	3,73	0,673
15. O prontuário do usuário utilizado na APS está organizado por família.	0	5	3	37	10	3,95	0,773
16. As equipes da APS utilizam rotineiramente instrumentos de abordagem familiar (genograma, listagem de problemas familiares e outros).	1	9	18	25	2	3,33	0,854
17. As equipes da APS não estão articuladas com as organizações de	1	19	25	9	1	2,82	0,788

bairro, religiosas etc.**							
18. Os ACS estão capacitados para articular as equipes com as organizações de bairro, religiosas etc.	2	17	16	18	2	3,02	0,963
19. Há um conselho de bairro que acompanha e fiscaliza a APS.	7	36	8	4	0	2,16	0,733

* 1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não concordo / Nem concordo;
4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente

** Questões invertidas

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A dimensão da APS tem uma média geral de 3,50, na qual se considera a porta de entrada do serviço. Os itens “1- A equipe de APS não tem responsabilidades pela população que está sob seus cuidados” com média de 3,89; “2- Há uma equipe multiprofissional com responsabilidades claras de cada membro na APS” com média 3,62; “3- As responsabilidades da equipe multiprofissional da APS para atendimento dos diferentes problemas de saúde são definidas a partir de normas específicas do município” com média 3,84; “4- O encaminhamento da APS é necessário para ter acesso aos outros níveis de atenção à saúde” com média de 4,02; “5- Não há incentivos para os usuários adotarem a APS como porta de entrada” com média de 3,65; “6- As relações entre a APS e os demais níveis de atenção à saúde” estão claramente definidas 3,60; “7- A APS possui sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais” com média de 3,67.

Os itens, apresentaram como resultado médias acima da geral e que possibilitaram inferir que a APS vem exercendo a sua atuação como coordenadora da RAS. Giovanella, Franco e Almeida (2020) pontuam que para garantir a continuidade desse modelo há necessidade de fortalecer as políticas de saúde que valorizem as equipes multiprofissionais na APS e enfoque no território e comunidade, embora destaquem as ameaças que a APS vem enfrentando como a prioridade aos serviços de pronto atendimento, cobertura por cadastramento que impactam nos princípios nos princípios da universalidade, integralidade e equidade no SUS.

O fortalecimento da utilização da APS como porta de entrada, pode ser trabalhado de diferentes modalidades, dentre elas, envolver os usuários e comunidades por meio da educação popular em saúde. Essa, deve ser feita com qualidade, possibilitando ao usuário fazer parte da construção de saberes, construídos de forma coletiva e que correspondam a necessidade de cada território e suas particularidades (DA SILVA, 2023).

Ademais, observam-se que demais itens obtiveram a condição boa como “9- Há um vínculo entre as equipes de APS e os usuários e suas famílias”, média de 3,98; “11- A APS está organizada para prestar os cuidados às mulheres e às crianças, segundo normas específicas do município” com média 3,85; “12- A APS está organizada para prestar os cuidados aos adolescentes e aos idosos, segundo normas específicas do município”, média de 3,64; “13- 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” média de 3,73; “14- A APS está organizada para fazer o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e dos idosos segundo normas específicas do município” com média de 3,73 e “15- O prontuário do usuário utilizado na APS está organizado por família” média de 3,95.

Percebe-se que os profissionais mantiveram a média das respostas como condição boa quando se trata da organização e cuidado das doenças crônicas e da saúde da mulher, crianças e adolescentes e idosos. Refletindo na importância da utilização das linhas de cuidado na APS no município, alcançando resultados satisfatórios. Para que isso ocorra o trabalho da equipe multiprofissional dentro da ESF se torna primordial, pois o conhecimento específico de cada profissão e a troca de informações, acaba que a intervenção se torna individual e única conseguindo suprir as necessidades de cada usuário (BEZERRA; ALVES, 2019).

O destaque para as médias abaixo da média geral foram os itens “8- 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)” com uma média de 2,62; “10- 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” com uma média de 3,31; “16- As equipes da APS utilizam rotineiramente instrumentos de abordagem familiar (genograma, listagem de problemas familiares e outros)” com média 3,33; “17- As equipes da APS não estão articuladas com as organizações de bairro, religiosas, etc” com média de 2,82; “Item 18- Os ACS estão capacitados para articular as equipes com as organizações de bairro, religiosas, etc”, com uma média de 3,02 e o item “19- Há um conselho de bairro que acompanha e fiscaliza a APS” com uma média 2,16.

Com esse resultado pode-se observar que a comunidade não se faz ativa, pois não participar das ações e atividades que a APS proporciona. Nota-se a insatisfação e desapontamento em relação a algum serviço necessário da comunidade no qual não foi realizado pela unidade demonstrando a evasão das comunidades dentro do território. Assim

como às vezes o próprio serviço de saúde não está preparado para receber e reconhecer as necessidades da comunidade como articuladora da ESF (CRUZ, 2012; VALERA, 2020).

Assim, é importante o engajamento dos ACS, pois são eles que constroem um vínculo inicial com as famílias cadastradas, são eles que contribuem para a mobilização da comunidade para minimizar os problemas vivenciados pelas famílias. No entanto para que isso ocorra, deve-se atentar para capacitações e que eles tenham uma prática compartilhada com todos os profissionais da ESF para melhor atender as necessidades de saúde do seu território adscrito (NEPOMUCENO, 2021).

Em relação à *dimensão “Sistema de Apoio”* apresenta questões relacionadas ao sistema de apoio e diagnóstico terapêutico, sistema de informação e teleassistência. Dos 15 itens, devem ser consideradas invertidas as questões 3, 7 e 12. Os dados analisados estão sistematizados na Tabela 4.

Tabela 4 - Indicadores da dimensão Sistema de Apoio do Instrumento COPAS

Indicadores	Frequência*					Média	D. Padrão
	1	2	3	4	5		
Dimensão: Sistema de Apoio ($\alpha = 0,724$)						3,47	0,902
1. A farmácia da APS conta com medicamentos definidos a partir de normas específicas do município.	1	1	8	41	4	3,84	0,654
2. A farmácia da APS dispõe de medicamentos relacionados aos problemas de saúde da população que está sob seus cuidados.	1	6	5	41	2	3,67	0,788
3. A farmácia da APS não dispõe de formulários/sistema de informação para a solicitação de medicamentos e produtos farmacêuticos a uma central.**	0	12	8	27	8	3,56	0,987
4. A farmácia da APS armazena os medicamentos e produtos farmacêuticos.	3	4	5	41	2	3,64	0,881
5. A farmácia da APS contempla os mecanismos para distribuição controlada dos medicamentos e produtos farmacêuticos	4	2	5	42	2	3,65	0,899
6. A farmácia da APS identifica, mede e compara os custos e os resultados da utilização dos medicamentos.	1	7	21	24	2	3,35	0,814
7. A farmácia da APS não utiliza material educativo que contenha	3	18	14	20	0	2,93	0,951

informações sobre a finalidade, efeitos colaterais e contra indicação de medicamentos essenciais da APS.**							
8. A farmácia da APS orienta os usuários quanto aos medicamentos utilizados.	1	4	6	42	2	3,73	0,725
9. A farmácia da APS dispõe de recursos para a avaliação da interação entre medicamentos.	0	11	20	22	2	3,27	0,819
10. A farmácia da APS realiza avaliações da adesão dos usuários aos tratamentos medicamentosos.	0	13	19	21	2	3,22	0,846
11. A farmácia da APS tem conhecimento para identificar e prevenir os efeitos colaterais dos medicamentos.	0	7	12	33	3	3,58	0,779
12. 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.**	0	18	6	25	6	3,35	1,048
13. Há normas específicas do município que orientam a indicação dos exames como raios X, ultrassom, mamografia e outros e sua interpretação.	1	4	8	39	3	3,71	0,755
14. 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.	5	14	13	23	0	2,98	1,018
15. 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	9	7	36	2	3,53	0,871

* 1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não concordo / Nem discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente

** Questões invertidas

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A dimensão do Sistema de Apoio, considera o apoio farmacêutico, diagnóstico que obteve uma média geral de 3,47. Analisando os itens 1- A farmácia da APS conta com medicamentos definidos a partir de normas específicas do município, média de 3,84. 2- A farmácia da APS dispõe de medicamentos relacionados aos problemas de saúde da população que está sob seus cuidados, média de 3,67. 3- A farmácia da APS não dispõe de

formulários/sistema de informação para a solicitação de medicamentos e produtos farmacêuticos a uma central, com média 3,56. 4- A farmácia da APS armazena os medicamentos e produtos farmacêuticos, média de 3,64. 5- A farmácia da APS contempla os mecanismos para distribuição controlada dos medicamentos e produtos farmacêuticos, com média de 3,65 acima da média geral. 8- A farmácia da APS orienta os usuários quanto aos medicamentos utilizados com média de 3,73. 11- A farmácia da APS tem conhecimento para identificar e prevenir os efeitos colaterais dos medicamentos, com média de 3,58. 13- Há normas específicas do município que orientam a indicação dos exames como, por exemplo, raios X, ultrassom, mamografia e outros e sua interpretação, com média de 3,71 e 15- 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. com uma média acima da geral que ficou em 3,53.

Sendo assim Damasceno (2020) vem para corroborar que existem avanços na implementação da assistência farmacêutica na ESF e esse incremento vem para qualificar o tratamento, pois por meio destes profissionais de saúde, com a participação nas ESF, aumenta a interação com o usuário que aumenta a compreensão em relação a medicação e da interação medicamentosa, aumentando a adesão do tratamento.

Peixoto (2022), em seu estudo que a farmácia teve um grande impacto na APS, pois a gestão investiu na estrutura e capacitação dos profissionais, otimizando o sistema informatizado, o abastecimento correto e contínuo de acordo com as necessidades e a promoção da utilização correta dos medicamentos.

Destacam-se com a média geral abaixo o item 6- A farmácia da APS identifica, mede e compara os custos e os resultados da utilização dos medicamentos com média de 3,35. O item 7- A farmácia da APS não utiliza material educativo que contenha informações sobre a finalidade, efeitos colaterais e contra indicação de medicamentos essenciais da APS com média de 2,93. O item 9- A farmácia da APS dispõe de recursos para a avaliação da interação entre medicamentos com médias 3,27. O item 10- A farmácia da APS realiza avaliações da adesão dos usuários aos tratamentos medicamentosos com média de 3,22. O item 12- 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, com a média de 3,35. Item 14- 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 com média de 2,98.

Pode-se analisar que os resultados abaixo são o reflexo que o sistema de apoio precisa ser revisto, muitos resultados podem mostrar que é necessária uma organização melhor do sistema. O item 7 e 9, podem ser observados pela falta de recursos e orientações na forma correta do tratamento e um acompanhamento eficaz de adesão e da interação medicamentosa. Segundo Gewehr (2018), aborda que com a falta de orientação e acompanhamento eficaz pode ocorrer o abandono do tratamento. O tratamento farmacológico é um tratamento complexo que depende de vários fatores, como o indivíduo, o tratamento, a doença basal, os serviços, dos profissionais de saúde que fazem o acolhimento do usuário e sua família.

O município mostra que a farmácia tem um controle e avaliação das medicações controladas. O estudo de Rocha (2019) corrobora afirmando que o sistema de informação se torna primordial para o registro das atividades de entrada e saída de medicação, os responsáveis pela dispensa e retirada de medicação, e o inventário, assim como o responsável, por dispensar e orientar quanto ao uso das medicações.

Em relação à *dimensão “Sistemas Logísticos”* apresenta questões relacionadas ao registro eletrônico, sistemas de acesso e regulação, sistema de transporte. Dos 16 itens, devem ser consideradas invertidas as questões 1, 11 e 14. Os dados analisados estão sistematizados na Tabela 5.

Tabela 5 - Indicadores da dimensão Sistema Logístico do Instrumento COPAS

Indicadores	Frequência*					Média	D. Padrão
	1	2	3	4	5		
Dimensão: Sistema Logístico ($\alpha = 0,701$)						3,21	0,990
1. Não há um sistema de informação na APS que integra as informações epidemiológicas e gerenciais. **	3	16	10	26	0	3,07	0,988
2. Há um sistema de informação que incorpora toda população cadastrada na APS e a classifica em subpopulações por riscos.	2	11	9	31	2	3,36	0,960
3. Há um cartão específico da APS para identificar o usuário, família e microárea, quando eles se apresentam a unidade de saúde.	2	15	6	31	1	3,25	0,995
4. Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado em todos os serviços públicos de saúde do município.	1	10	5	35	4	3,56	0,930
5. Esse prontuário familiar eletrônico único integra as	3	10	10	29	3	3,35	1,013

informações de todos os serviços públicos de saúde do município.							
6. O prontuário familiar eletrônico não permite a emissão de receitas eletrônicas.	0	11	12	28	4	3,45	0,891
7. 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.	1	14	9	30	1	3,29	0,928
8. A equipe da APS agenda diretamente consultas e exames nos serviços especializados.	1	23	12	17	2	2,93	0,970
9. A equipe da APS agenda diretamente os atendimentos hospitalares que não são de urgência e emergência.	1	35	8	9	2	2,56	0,910
10. A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análise clínica, imagem e patologia clínica.	1	30	9	13	2	2,73	0,962
11. Não há um sistema de regulação das urgências e emergências com médico regulador permanente que se articula com a APS.**	0	17	19	17	2	3,07	0,871
12. Há um sistema de transporte que dá apoio à APS, no deslocamento dos usuários para os serviços especializados, laboratórios, hospitais e outros.	0	8	5	39	3	3,67	0,788
13. O transporte utilizado para urgência/emergência é adequado conforme a necessidade do paciente.	0	6	5	40	4	3,76	0,738
14. Não há veículos adequados para transportar usuários nas consultas e exames agendados.**	5	35	7	8	0	2,33	0,832
15. Há veículos adequados para o transporte de amostras de exames de análise clínicas.	2	13	17	22	1	3,13	0,916
16. Os resíduos (lixo) de saúde da APS são transportados em veículos adequados.	0	2	6	43	4	3,89	0,562

* 1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não concordo / Nem discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente

** Questões invertidas

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A dimensão do Sistema Logístico incorpora os sistemas de informação, as tecnologias, os transportes e a regulação do fluxo de atendimento, que obteve uma média geral de 3,21. Os

itens a seguir tem um padrão acima da média, sendo eles os itens: 2- Há um sistema de informação que incorpora toda população cadastrada na APS e a classifica em subpopulações por riscos com média de 3,36. 3- Há um cartão específico da APS para identificar o usuário, família e microárea, quando eles se apresentam a unidade de saúde com média 3,25. 4- Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado em todos os serviços públicos de saúde do município com média 3,56. 5- Esse prontuário familiar eletrônico único integra as informações de todos os serviços públicos de saúde do município com média de 3,35. 6- O prontuário familiar eletrônico não permite a emissão de receitas eletrônicas 3,45. 7- 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 com média 3,29.

Os itens 2, 3, 4 e 5 trazem a maior média com respostas positivas quanto ao sistema de informação. Ferreira (2020), descreve esses sistemas de informações como ferramentas de apoio e armazenam todas as informações levantadas pelos estabelecimentos de saúde, assim sendo usadas como estratégias de gestão e identificações de problemas, sendo assim mais eficaz a intervenção e decisão de manejo de cada equipe na sua microárea.

Uma das ferramentas utilizadas para esta identificação, ficou centrado pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB 96), que implementou o sistema do Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), que se conduziu a mudanças e avanços na prática profissional (DAMACENO, 2020).

Os sistemas de informação devem estar alinhados com as necessidades de cada serviço, os profissionais devem ser capacitados e envolvidos com a implementação do sistema, para que possa ser efetiva a inserção dos dados colhidos durante as visitas e consultas facilitando o fluxo do serviço. Esses sistemas possuem uma ferramenta que contribui para a identificação do prontuário do usuário, facilitando o atendimento para todos os profissionais envolvidos na ESF (ARAÚJO, 2019).

Os itens que ficaram acima da média geral contam também com os itens: 12- Há um sistema de transporte que dá apoio à APS, no deslocamento dos usuários para os serviços especializados, laboratórios, hospitais e outros com média de 3,67. 13 - O transporte utilizado para urgência/emergência é adequado conforme a necessidade do paciente, média 3,76. 16- Os resíduos (lixo) de saúde da APS são transportados em veículos adequados com a média de 3,89.

Para corroborar com a média nos transportes da APS em relação ao transporte de vacinas, Oliveira (2022), discorre no seu estudo que a implementação do transporte é inadequada, totalizando 83%, sendo os motoristas que realizam capacitação para este tipo de

transporte. Os carros não são adequados para o transporte de imunobiológicos e que o material que deveria ser transportado tem algum déficit de equipamento essencial.

Discordando em relação ao gerenciamento de resíduos o estudo de Salomão (2022), afirma que existem inadequações, como o uso de lixeiras inadequadas, a separação dos resíduos misturados sem a separação necessária, a falta de conhecimento e treinamento ao ingressarem na APS e se desconhece a destinação e transporte final a serem utilizados para descarte dos resíduos.

Com isso pode-se observar que o sistema logístico tem alguns indicadores com valores abaixo da média, entre eles o item 1- Não há um sistema de informação na APS que integra as informações epidemiológicas e gerenciais com média 3,07. O item 8- A equipe da APS agenda diretamente consultas e exames nos serviços especializados com média de 2,93. O item 9- A equipe da APS agenda diretamente os atendimentos hospitalares que não são de urgência e emergência com média de 2,56. O item 10- A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análise clínica, imagem e patologia clínica com média de 2,73. O item 11- Não há um sistema de regulação das urgências e emergências com médico regulador permanente que se articula com a APS, com média de 3,07 e o item 14- Não há veículos adequados para transportar usuários nas consultas e exames agendados com uma média de 2,33.

O sistema logístico se destaca pela importância da organização da gestão. Segundo Saldanha (2021), a falta de fluxos externos das RAS, acaba formando barreiras entre a ESF e os pacientes dificultado a regulação, marcação de exames, consultas especializadas, portanto os profissionais da APS se sentem impotentes para que ocorra a resolução necessitada dos usuários gerando a impaciência e insatisfação dos usuários.

Em tempos de mudanças e crises, ocorre a necessidade de criação de novos métodos de soluções para atendimento dos usuários, deve se incorporar e utilizar as tecnologias para uma resposta eficaz. Os protocolos devem ser instituídos a partir de regulação dos atendimentos médicos para que ocorra resolutividade das demandas recorrentes (KATZ et al., 2020).

Com isso se faz necessária a estruturação dos serviços de regulação, para conseguir e fortalecer a gestão do SUS, integração das ações e dos serviços de saúde, e organização da rede e dos fluxos assistenciais, regulação de leitos, internação médica e padronizar os locais de referência nos níveis de saúde (MELO et al., 2021).

Em relação à dimensão “Sistemas de Governança” apresenta questões relacionadas à definição da missão, visão e estratégias para a RAS. Dos 16 itens, devem ser consideradas invertidas as questões 3, 7, 10 e 14. Os dados analisados estão sistematizados na Tabela 6.

Tabela 6 - Indicadores da dimensão do Sistema de Governança do Instrumento COPAS

Indicadores	Frequência*					Média	D. Padrão
	1	2	3	4	5		
Dimensão: Sistema de Governança ($\alpha = 0,671$)						3,27	0,928
1. 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.	6	16	10	23	0	2,91	1,066
2. A organização da APS tem ocorrido com a participação ativa do secretário de saúde, trabalhadores e usuários.	3	3	17	31	1	3,44	0,848
3. A equipe da APS não está organizada para planejar as ações, considerando os problemas da população que está sob seus cuidados.**	0	6	9	39	1	3,64	0,697
4. A missão, visão e os valores da APS são estabelecidos, conhecidos e compartilhados pelo secretário de saúde, trabalhadores e usuários.	1	15	8	29	2	3,29	0,966
5. Há um sistema que monitora e avalia a APS.	0	8	13	30	4	3,55	0,827
6. Esse sistema contempla a avaliação dos usuários.	1	16	16	20	2	3,11	0,928
7. 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. **	0	15	16	20	4	3,24	0,933
8. Há profissionais terceirizados na APS.	2	25	8	17	3	2,89	1,056
9. Os profissionais atuam conforme os objetivos da APS (promoção, prevenção, reabilitação, tratamento, diagnóstico e educação) e são incentivados para tal.	0	10	6	35	4	3,60	0,866
10. Os gerentes da APS, dos serviços especializados e hospital não conhecem e não aderem aos objetivos da APS.**	0	28	17	10	0	2,67	0,764

11. A APS utiliza de todos os seus recursos materiais, humanos e financeiros para o atendimento ao usuário antes de encaminhá-lo a outros serviços.	1	6	8	38	2	3,62	0,798
12. Os incentivos financeiros para os serviços de APS estão de acordo com os seus objetivos.	1	14	19	21	0	3,09	0,837
13. O pagamento dos prestadores de serviços terceirizados (laboratórios, hospitais e clínicas) se dá através do orçamento do município.	2	3	20	30	0	3,42	0,755
14. As equipes da APS não são consultadas sobre prioridades da sua área para a aplicação dos recursos financeiros.**	1	12	12	28	2	3,33	0,916

* 1 = Discordo totalmente; 2 = Discordo; 3 = Não concordo / Nem discordo; 4 = Concordo; 5 = Concordo totalmente

** Questões invertidas

Fonte: Dados da pesquisa (2023).

A dimensão do Sistema de Governança contextualiza sobre a gestão, orientação e práticas de saúde que obteve uma média geral de 3,27. Entre destaques dos itens acima da média geral, pode-se observar os itens: 3. A equipe da APS não está organizada para planejar as ações, considerando os problemas da população que está sob seus cuidados média 3,44. 4. A missão, visão e os valores da APS são estabelecidos, conhecidos e compartilhados pelo secretário de saúde, trabalhadores e usuários, com média de 3,64 e 5. Há um sistema que monitora e avalia a APS com média 3,55.

O município aponta que ainda não tem preparação para realizar ações voltadas para seu território adscrito. Mesmo sendo estabelecido em relação a gestão, organização e planejamento das ações podendo resultar em ações de saúde. Ainda se percebe que existe um sistema de monitoramento, pois obteve o índice de concordância elevado. Sabe-se que tem programas para avaliação e monitoramento que avalia a APS, sendo importante, pois é realizado por meio da autoavaliação e autogestão, que destina um diagnóstico em relação a organização e funcionamento dos serviços, com oportunidade de intervenção para qualificar a gestão dos serviços gerando ações e planejamento efetivo. (TOMASI et al., 2021).

Para que haja uma gestão contínua deve-se ter um monitoramento contínuo e avaliação dos indicadores, pois são por meio destes que são monitorados os principais pontos e déficits apresentados pela APS. Sendo assim pode-se elencar os principais pontos essenciais que a APS precisa trabalhar, sendo elas: saúde materno-infantil, doenças crônicas, situação

epidemiológica entre outras que mostram a situação que o município se encontra, visando valorizar a melhoria da qualidade e dos resultados para APS (SELLERA et al., 2020).

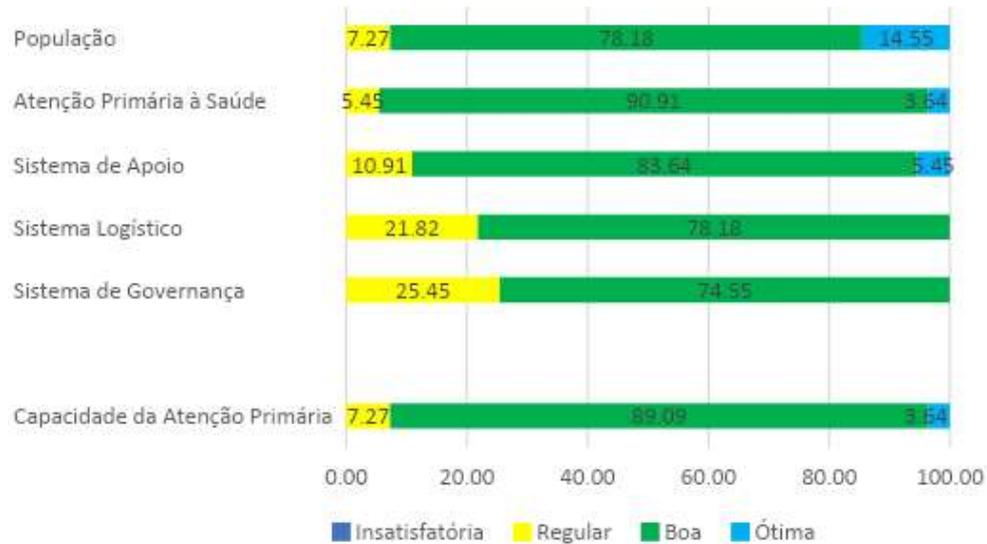
Os destaques são os itens com médias abaixo da média geral. 1. Há uma política de valorização da APS pelo secretário de saúde, trabalhadores e usuários para o seu uso e acesso aos demais níveis de atenção à saúde 2,91. 6. Esse sistema contempla a avaliação dos usuários 3,11. 7. Não há um sistema de avaliação para certificar se os serviços prestados pela APS estão dentro dos padrões de qualidade preconizados pelo Ministério da Saúde 3,24. 8 - Há profissionais terceirizados na APS 2,89. 10 - Os gerentes da APS, dos serviços especializados e hospital não conhecem e não aderem aos objetivos da APS 2,67. 12. Os incentivos financeiros para os serviços de APS estão de acordo com os seus objetivos 3,09.

Em relação aos profissionais terceirizados, a gestão do município teve o maior número de discordo, indicando que são poucos os profissionais terceirizados nas ESF do município. Segundo Damaceno (2020), os profissionais terceirizados são realidade no cenário das ESF, mesmo assim o número de profissionais vinculados diretamente com o município e as ESF são superiores.

No que tange recursos materiais e financeiros, Pires (2019), traz em seu estudo poucas discussões sobre recursos e financiamento. Mas discute um déficit de tecnologia e instrumentos de trabalho, assim como falta de incentivo financeiro que reflete significativamente no planejamento, gestão de materiais, gestão de profissionais e gestão financeira. Esses são aspectos fundamentais para que ocorra oferta de serviços de qualidade na APS.

De acordo com nosso objetivo, a análise do desempenho das cinco dimensões resultou de maneira geral em uma "condição boa" com 89,09% na classificação da capacidade da APS em coordenar as RAS, sob a vivência dos profissionais da saúde, sistematizados na Figura 6. Sob a avaliação individual, todas as dimensões tiveram uma boa condição. Os sistemas mais frágeis se destacam o Sistema de Governança, Sistema Logístico e População. No estudo realizado por Popolin (2017), a sua discussão foi voltada aos resultados que resultaram que a capacidade da APS em coordenar as RAS foi classificada em uma condição boa, mas que ainda apresenta fragilidades em outros atributos, sendo eles Sistemas Logísticos e Sistema de Governança.

Figura 6 - Síntese da avaliação das dimensões do instrumento COPAS



Fonte: Dados da pesquisa (2023).

Damaceno (2020), fortalece que no seu estudo existe uma “condição ótima” da APS coordenar e ordenar os fluxos e realizar a integração dos três níveis de atenção. Diante desse resultado positivo não anula a necessidade de discussão sobre a fragmentação existente nos serviços de saúde e a importância da resolução dos problemas apresentados. A existência de estudos que avaliam os atributos da APS, pode ser observado o PCATool - Brasil, o qual sinaliza que existem ações voltadas para que haja integração do cuidado, mas ainda existe fragilidade na estrutura dos serviços (PUCCI, 2017; DAMACENO, 2022). Como no município de São Luiz Gonzaga mostrou fragilidade em três dimensões.

As fragilidades do Sistema de governança, deve ser discutido sistemas gerenciais e financeiros. O sistema fragmentado acaba passando por estruturas isoladas, a gerência hospitalar, gerência da APS, gerência dos sistemas especializados e na RAS esse sistema deveria ser integrado, juntamente com o Sistema de Apoio para que ocorra o uso dos recursos de forma acertada (MENDES, 2011).

Cabe a gestão coordenar um sistema de governança participativo, no qual se consiga vincular e integrar todos os sistemas de informações dos níveis de atenção para que a assistência seja realizada com equidade e integralmente. Deve-se ter a rede com o propósito produzir estratégias em que se definem objetivos e metas a curto, médio e longo prazo, monitorar e avaliar o desempenho dos gestores, articular as políticas, gestão da participação social e garantir que o financiamento esteja alinhado com as demandas essenciais (MENDES, 2011).

O Sistema Logístico teve uma “boa condição” (78%), mas alguns pontos foram destacados principalmente quando tratado das tecnologias e os sistemas de informação. Sabe-

se que ainda se tem um sistema fragmentado, no qual a comunicação entre os serviços de saúde é inexistente, dificultando o cuidado integral do usuário. A importância do Sistema Logístico é solucionar e garantir uma organização dos fluxos e contrafluxos de informações. Assim, garantindo que exista um sistema de qualidade que possa estruturar a referência e contrarreferência conseguindo unificar todas as informações das redes, sendo necessário um investimento para atender todas as demandas (MENDES, 2011; DAMACENO, 2020).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos resultados deste estudo, foi possível identificar que o estágio de desenvolvimento da capacidade da APS para coordenar as RAS no município estudado, realizado por meio do Instrumento COPAS, o resultado foi de uma boa condição. Todas as dimensões foram avaliadas como condição boa, sendo que os escores foram 78,18% para a dimensão População, 90,91% para APS, 83,64% para Sistema de Apoio, 78,18% para Sistema Logístico e 75,55% para a dimensão Sistema de Governança.

O estudo, embora tenha identificado resultados satisfatórios nas dimensões População, APS e Sistema de Governança, identifica a existência de fragilidades na APS do município estudado para coordenar as redes de atenção. As fragilidades apontam para a necessidade de qualificar os sistemas de informação entre os diferentes níveis de atenção, visto que ainda não se tem um sistema integrado. Soma-se a falta de incentivo financeiro, avaliações contínuas de indicadores e ao planejamento da oferta e fluxo assistencial.

O estudo aponta insuficiência de recursos farmacêuticos, de transportes, acesso a APS e por consequência os serviços apresentam dificuldade para atender a demanda de exames de diagnósticos. Ademais, existe a falta de estrutura dos serviços nas UBS, como, por exemplo, os prontuários eletrônicos e a regulação da assistência em todos os níveis.

Destaca-se que o instrumento COPAS, utilizado neste estudo, demonstrou ser uma ferramenta de avaliação para apoiar trabalhadores e gestores de saúde, no diagnóstico situacional das potencialidades e fragilidades da APS. Deste modo, pode ser utilizada como estratégia para qualificar e impulsionar os serviços por meio de ações de educação permanente para todos os profissionais da RAS. Uma vez que a realização de estudos avaliativos pode ser vista como fiscalizatória e não como complemento para as ações de saúde realizadas na APS, devem ser implementadas como rotinas dentro dos serviços, de modo que os próprios profissionais possam visualizar a evolução do serviço.

Os desafios que se pode encontrar são barreiras para implementação de um sistema integrado que abrange todas as informações, pela dificuldade de unificar todos os dados necessários para a qualidade do sistema. Espera-se que este estudo possa contribuir para iniciar reflexões buscando a melhoria da APS em coordenar as RAS. Ademais, almeja-se que contribua para o campo da Saúde Coletiva, pois no que tange a construção dessa temática e na

tradução do conhecimento possibilita a devolutiva dos dados aos participantes do estudo e gestores do município.

REFERÊNCIAS

ACURCIO, Francisco de Assis. Evolução histórica das políticas de saúde no Brasil. Projeto MultiplicaSUS, p. 23-40, 2005.

AGOSTINHO, Milena Rodrigues. Avaliação comparativa multinível da qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil entre equipes da Estratégia Saúde da Família participantes ou não do Programa Mais Médicos. 2018.

AKERMAN, Marco; FURTADO, Juarez Pereira. Práticas de avaliação em saúde no Brasil: diálogos. Porto Alegre: Rede Unida, 2016.

ARAÚJO, Jaianne Ricarte de et al. Sistema e-SUS AB: percepções dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 780-792, 2019.

BEZERRA, Raíra Kirilly Cavalcante; ALVES, Anelise Maria Costa Vasconcelos. A importância do trabalho da equipe multiprofissional na estratégia saúde da família e seus principais desafios. **Revista Expressão Católica Saúde**, v. 4, n. 2, p. 7-15, 2019.

BORGES, João Paulo Assunção; LIMA, Rosana Ferreira; DOS SANTOS, Sara Cristina Ribeiro. Avaliação do acesso aos serviços da atenção primária na perspectiva dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 10, n. 2, 2021.

BRASIL, 2012 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução no 466. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 dez. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.htm>. Acesso em: 24 jan. 2022.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF; Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil**. Seção 1, p. 50-52.

BRASIL. Lei nº 9.610, de 19 de fevereiro de 1998. Altera, atualiza e consolida a legislação sobre direitos autorais e dá outras providências. **Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil**. Seção 1 - 20/2/1998, Página 3. 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil**. 2010.

BRASIL. Ministério a Mulher, da Família e dos Direitos Humano. Portaria n. 795, de 4 de abril de 2022. Estabelece critérios de prioridade para o investimento de recursos discricionários do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos nas ações de

cofinanciamento dos programas de atendimento socioeducativo quanto à implementação, à ampliação, à construção, à reforma e à equipagem de unidades de atendimento socioeducativo. **Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil**, 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil**, 2011b. Seção 1, p. 1-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil**, 2011c. Seção 1, p. 50-60.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil**, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria, nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil**, 2017.

BRASIL. Resolução nº 580/2018 Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 550. **Diário Oficial da União: República Federativa do Brasil**, 2018c.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária- Seminário do Conass para construção de consensos / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. - Brasília: CONASS, 2004.

BRASIL. Portaria nº 373, de 27 de fevereiro de 2002: dispõe sobre a NOAS-SUS 01/2002- Norma Operacional de Assistência à Saúde. **Diário Oficial da União**, 2002

BRETAS, Janaína et al. Incorporação de tecnologias no SUS e possíveis relações com a judicialização da saúde. 2021.

BRONDANI, Juliana Ebling et al. Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na perspectiva dos trabalhadores. **Cogitare Enfermagem**, v. 21, n. 1, 2016.

CALISTRO, Monyelle de Oliveira et al. Territorialização com uso de georreferenciamento e estratificação de vulnerabilidade social familiar na Atenção Básica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 2141-2148, 2021.

CARNEIRO, Viviane Santos Mendes; ADJUTO, Raphael Neiva Praça; ALVES, Kelly Aparecida Palma. Saúde do homem: identificação e análise dos fatores relacionados à procura, ou não, dos serviços de atenção primária. Arquivos de Ciências da Saúde UNIPAR, v. 23, n. 1, p. 35-40, 2019.

CARVALHO, Rodrigo Badaró de. O direito à saúde no Brasil: uma análise dos impactos do golpe militar no debate sobre universalização da saúde. **Revista do Programa de Pós-Graduação em Direito da UFBA**, p. 53-74, 2015.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre et. al. A avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. **Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p. 29-48.

CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. Avaliando a Institucionalização da Avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p.705-712, 2006.

CORDEIRO JÚNIOR, W. A gestão de risco na urgência. **Belo Horizonte: Grupo Brasileiro de Classificação de Risco**, 2008.

COSTA, Samuel Trezena et al. A utilização da classificação de risco familiar para a organização do processo de trabalho no âmbito da Estratégia Saúde da Família. **Revista de APS**, v. 23, n. 4, 2020.

COUTINHO, Simone Elizabeth Duarte. et al. Avaliação em saúde: dimensão processual e estrutural da saúde da criança na atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 44, p. 115-129, 2020.

CRUZ, Waldecino Santos da. Participação do usuário no conselho gestor em estratégia saúde da família: revisão de literatura. 2012.

CUETO, Marcos. El legado de Alma-Ata, 40 años después. **Trabalho, educação e saúde**, v. 16, p. 845-848, 2018.

CUETO, Marcos. The origins of primary health care and selective primary health care. **American journal of public health**, v. 94, n. 11, p. 1864-1874, 2004.

DA SILVA, Alessandra Kely. Brasil e o legado da década de 1980: crise e orientação da política econômica. 2017.

DA SILVA, Débora Martins. Atualização do cadastramento das famílias na Estratégia Saúde da Família: elaboração de um plano de intervenção. 2018.

DA SILVA, Amanda Steffen Roncada; DA SILVA, Gabriela Jaime Feiden. A educação popular em saúde como ferramenta para o fortalecimento do SUS. **Centro Universitário Avantis - UniAvan**. 2023.

DAMACENO, Adalvane Nobres. Avaliação da atenção primária à saúde para coordenação das redes de atenção. 2020.

DE OLIVEIRA, Valéria Conceição et al. Avaliação da cadeia de frio do transporte de vacina: estudo transversal em Minas Gerais, Brasil. **Revista de APS**, v. 22, n. 3, 2019.

DONABEDIAN, Avedis. Aspects of Medical Care Administration: Specifying requirements for Health Care. Harvard University Press, 1973.

ERDMANN, Alacoque Lorenzini et al. A atenção secundária em saúde: melhores práticas na rede de serviços. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 21, p. 131-139, 2013.

ESCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2008. P. 385-434.

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 2007. p.43-67.

FERREIRA, José Erivelton de Souza Maciel et al. Sistemas de Informação em Saúde no apoio à gestão da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 4, 2020.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 4851-4860, 2014.

GEWEHR, Daiana Meggiolaro et al. Adesão ao tratamento farmacológico da hipertensão arterial na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em debate**, v. 42, p. 179-190, 2018.

GUBA, Egon.; LINCOLN, Yvonna. **Fourth Generation Evaluation**. Beverly Hills: Sage, 1990.

HAIR, Joseph F. et al. **Análise multivariada dos dados**. 5. ed. São Paulo: Bookman, 2005.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo. Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas.. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1997. p. 132,

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss et al. Sistema de informação da atenção básica: potencialidades para a promoção da saúde. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, p. 152-159, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo Brasileiro de 2010.

KATZ, Natan et al. Acesso e regulação ao cuidado especializado no Rio Grande do Sul: a estratégia RegulaSUS do TelessaúdeRS-UFRGS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1389-1400, 2020.

KIST, Ana Lucia Brochier et al. Direito à saúde: institucionalização. **Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário**, v. 8, n. 1, p. 155-163, 2019.

KUSCHNIR, Rosana Chigres; CHORNY, Adolfo Horácio; LIRA, Anilka Medeiros Lima e. Gestão dos sistemas e serviços de saúde. **Florianópolis: Departamento de Ciências da Administração/UFSC**, 2010.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. Instrumentos de avaliação de estruturação de redes de cuidados primários: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 43, p. 299-311, 2020.

MACHADO, Gilmar Antonio Batista. **Avaliação da qualidade da Atenção Primária à Saúde: aplicação do PCATool**. 2018. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

MASCARENHAS, Rodolfo dos Santos. História da saúde pública no Estado de São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 7, p. 433-446, 1973.

MEGIER, Elisa Rucks et al. Planificação da atenção primária à saúde: contribuições para a 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. 2020.

MELO, Eduardo Alves et al. A regulação do acesso à atenção especializada e a Atenção Primária à Saúde nas políticas nacionais do SUS. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, 2021.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. 2. ed. Brasília: OPAS, 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. Desafios do SUS. In: Desafios do SUS. 2019.

MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; VASCONCELLOS, Miguel Murat; VIANA, Ana Luíza d'Ávila. Atenção primária à saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s4-s5, 2008.

MESQUITA, Livia Mendes et al. Estratégias de Educação Permanente na Avaliação das Equipes de Saúde da Família: uma Revisão Sistemática. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 44, n. 1, 2020.

NEPOMUCENO, Raquel de Castro Alves et al. O trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde à luz da Teoria Comunidades de Prática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, p. 1637-1646, 2021.

OLIVEIRA, André Luiz de. História da saúde no Brasil: dos primórdios ao surgimento do SUS. **Revista Encontros Teológicos**, v. 27, n. 1, 2012.

OLIVEIRA, N. R. C. Atenção à saúde organizada em redes. São Luís: UNA-SUS, 2015.

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

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Cuidados inovadores para condições crônicas: organização e prestação de atenção de alta qualidade às doenças crônicas não transmissíveis nas Américas. Washington, DC: OPAS, 2015.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; Washington, 2011.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE Dawson B. Informe Dawson sobre El futuro de los servicios médicos y afines, 1920. Ministerio de Salud de la Gran Bretaña, London, 1964. 89

PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 21, p. 15-36, 2014.

PEITER, Caroline Cechinel et al. Redes de atenção à saúde: tendências da produção de conhecimento no Brasil. **Escola Anna Nery**, v. 23, n. 1, 2019.

PEIXOTO, Rafaela Tavares et al. O farmacêutico na Atenção Primária à Saúde no Brasil: análise comparativa 2014-2017. **Saúde em Debate**, v. 46, p. 358-375, 2022.

PIRES, Denise Elvira Pires de et al. Gestão em saúde na atenção primária: o que é tratado na literatura. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, 2019.

POPOLIN, Marcela Antunes Paschoal. **Os determinantes das internações por tuberculose em Ribeirão Preto: uma abordagem geocológica**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, 2017.

PORTELA, Margareth Crisóstomo. Avaliação da qualidade em saúde. **Rozenfeld, S., organizadora. Fundamentos da Vigilância Sanitária**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, p. 259-269 2000.

RENOVATO, Rogério Dias; BAGNATO, Maria Helena Salgado. O serviço especial de saúde pública e suas ações de educação sanitária nas escolas primárias (1942-1960). **Educar em Revista**, p. 277-290, 2010.

RIBEIRO, Lorena Araujo; SCATENA, João Henrique. A avaliação da atenção primária à saúde no contexto brasileiro: uma análise da produção científica entre 2007 e 2017. **Saúde e Sociedade**, v. 28, p. 95-110, 2019.

ROCHA, Thiago Augusto Hernandes et al. Proposta de metodologia para estimar a área de cobertura potencial por equipes de atenção primária. **Revista Panamericana Salud Publica**, 2019

ROCHA, Wenderson Henrique et al. Fatores que podem influenciar a disponibilidade dos medicamentos essenciais na atenção primária à saúde (APS) do Sistema Único de Saúde (SUS). 2019.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; GURGEL, Marcelo. **Rouquayrol: epidemiologia e saúde**. Medbook, 2013.

SALOMÃO, Cátia Helena Damando et al. Evidências do gerenciamento de resíduos dos serviços de saúde na atenção primária. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v. 12, 2022.

SANTOS, Lais Soares et al. Perfil social-profissional de enfermeiros e médicos da Atenção Primária de Saúde de uma microrregião geográfica. **Enfermagem Brasil**, v. 18, n. 4, p. 552-560, 2019.

SARDINHA, Deborah Rodrigues de Souza Gonçalves et al. A reorganização da porta de entrada em uma unidade de saúde da família no município de Maricá/RJ: o acolhimento a partir do olhar da educação permanente. 2021.

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Plano Municipal de Saúde 2022-2025. São Luiz Gonzaga. 2021

SELLERA, Paulo Eduardo Guedes et al. A Implantação do Sistema de Monitoramento e Avaliação da Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal (SES/DF). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, p. 2085-2094, 2019.

SELLERA, Paulo Eduardo Guedes et al. Monitoramento e avaliação dos atributos da Atenção Primária à Saúde em nível nacional: novos desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 1401-1412, 2020.

SHIMAZAKI, M. E. A Atenção Primária à Saúde. Belo Horizonte: ESPMG, 2009.

SILVA, Jéssica Cristina; CAMARGO, Marília R. Rocha. Atenção Primária à Saúde e o Sistema Único de Saúde: conquistas e valorização. **Revista Científica Eletrônica de Enfermagem da FAEF**, v. 2, p. 1-7, 2019.

SILVA, Kauana Flores da et al. Pcatool-Brasil versão profissionais: avaliação do atributo acesso de primeiro contato na atenção primária à saúde em municípios do interior do Rio Grande do Sul. 2017.

SILVA, Ligia Maria Vieira da. O campo da Saúde Coletiva: gênese, transformações e articulações com a reforma sanitária brasileira. Rio de Janeiro: EdUFBA, 2018.

SILVA, Ligia Maria Vieira. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005, p. 15-39.

SOUSA, Camila Lopes de; FERNANDES, Violeta Campolina. Aspectos históricos da saúde pública no Brasil: revisão integrativa da literatura. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 12, p. 1-17, 2020.

SOUZA, Gláucio Jorge; GOMES, Cilene; ZANETTI, Valéria Regina. Estratégia da Saúde da Família: a dimensão articuladora do território. **Barbarói**, p. 141-163, 6 jan. 2020.

STARFIELD, Barbara. Primary Care: concept, evaluation and policy. New York: Oxford University Press, 1992.

STARFIELD, Barbara. A framework for primary care research. **Journal of Family Practice**. v. 42, n. 2, p. 181-5, fev., 1996.

STARFIELD, Bárbara. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO. Brasil, Ministério da Saúde, 2002.

STURMER, Giovani et al. Perfil dos profissionais da atenção primária à saúde, vinculados ao curso de especialização em saúde da família una-sus no Rio Grande do Sul. **Revista Conhecimento Online**, v. 1, p. 04-26, 2020.

SUMAR, Norhan; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues. Atenção Primária à Saúde: a construção de um conceito ampliado. **Journal of Management & Primary Health Care**, v. 5, n. 2, p. 202-212, 2014.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; MELO, Cristina. **Avaliação de programas de saúde do adolescente: um modo de fazer**. Edusp, 2001.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, p. 821-828, 2012.

TESTON, Luci Maria et al. Desafios da avaliação em saúde no SUS na percepção dos trabalhadores do estado do Acre. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 31, p. e310127, 2021.

TOMASI, Elaine; NEDEL, Fúlvio Borges; BARBOSA, Allan Claudius Queiroz. Avaliação, Monitoramento e Melhoria da Qualidade na APS. **APS Em Revista**, v. 3, n. 2, p. 131-143, 2021.

VARELA, Leilany Dantas et al. Conselho local de saúde: implantação e dificuldades da formação na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 33, 2020.

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO COPAS

Anexos | 113

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

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

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

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.	1. Discordo Totalmente ()	2. Discordo ()	3. Não concordo/ Nem discordo ()	4. Concordo ()	5. Concordo Totalmente ()
66. A organização da APS tem ocorrido com a participação ativa do secretário de saúde, trabalhadores e usuários.	1. Discordo Totalmente ()	2. Discordo ()	3. Não concordo/ Nem discordo ()	4. Concordo ()	5. Concordo Totalmente ()
67. A equipe da APS não está organizada para planejar as ações, considerando os problemas da população que está sob seus cuidados.	1. Discordo Totalmente ()	2. Discordo ()	3. Não concordo/ Nem discordo ()	4. Concordo ()	5. Concordo Totalmente ()
68. A missão, visão e os valores da APS são estabelecidos, conhecidos e compartilhados pelo secretário de saúde, trabalhadores e usuários.	1. Discordo Totalmente ()	2. Discordo ()	3. Não concordo/ Nem discordo ()	4. Concordo ()	5. Concordo Totalmente ()
69. Há um sistema que monitora e avalia a APS.	1. Discordo Totalmente ()	2. Discordo ()	3. Não concordo/ Nem discordo ()	4. Concordo ()	5. Concordo Totalmente ()
70. Esse sistema contempla a avaliação dos usuários.	1. Discordo Totalmente ()	2. Discordo ()	3. Não concordo/ Nem discordo ()	4. Concordo ()	5. Concordo Totalmente ()
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.	1. Discordo Totalmente ()	2. Discordo ()	3. Não concordo/ Nem discordo ()	4. Concordo ()	5. Concordo Totalmente ()
72. Há profissionais terceirizados na APS.	1. Discordo Totalmente ()	2. Discordo ()	3. Não concordo/ Nem discordo ()	4. Concordo ()	5. Concordo Totalmente ()
73. Os profissionais atuam conforme os objetivos da APS (promoção, prevenção, reabilitação, tratamento, diagnóstico e educação) e são incentivados para tal.	1. Discordo Totalmente ()	2. Discordo ()	3. Não concordo/ Nem discordo ()	4. Concordo ()	5. Concordo Totalmente ()
74. Os gerentes da APS, dos serviços especializados e hospital não conhecem e não aderem aos objetivos da APS.	1. Discordo Totalmente ()	2. Discordo ()	3. Não concordo/ Nem discordo ()	4. Concordo ()	5. Concordo Totalmente ()
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.	1. Discordo Totalmente ()	2. Discordo ()	3. Não concordo/ Nem discordo ()	4. Concordo ()	5. Concordo Totalmente ()
76. Os incentivos financeiros para os serviços de APS estão de acordo com os seus objetivos.	1. Discordo Totalmente ()	2. Discordo ()	3. Não concordo/ Nem discordo ()	4. Concordo ()	5. Concordo Totalmente ()
77. O pagamento dos prestadores de serviços terceirizados (laboratórios, hospitais e clínicas) se dá através do orçamento do município.	1. Discordo Totalmente ()	2. Discordo ()	3. Não concordo/ Nem discordo ()	4. Concordo ()	5. Concordo Totalmente ()
78. AS equipes da APS não são consultadas sobre prioridades da sua área para a aplicação dos recursos financeiros.	1. Discordo Totalmente ()	2. Discordo ()	3. Não concordo/ Nem discordo ()	4. Concordo ()	5. Concordo Totalmente ()

ANEXO B - INSTRUMENTO COPAS ONLINE



RedeSul-RS: Avaliação da Rede de Atenção à Saúde no Estado do Rio Grande do Sul

Olá, me chamo Natasha Basso, enfermeira, mestranda no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, sob orientação da Professora Teresinha Heck Weiller. Convidamos você a participar do projeto REDESUL FASE I que tem o propósito de avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde em coordenar as Redes de Atenção à Saúde a partir do instrumento de COPAS.

Este projeto recebeu autorização e parecer positivo do Comitê Gestor, da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul, Autorização Institucional do Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde (DAPPS) da Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul e Declaração de Evidente Interesse Público e do Sistema Único de Saúde (SUS). Cadastrado no Gabinete de Projetos da UFSM sob nº 056990, na Plataforma Brasil, apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa da UFSM sob Certificado de apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 53260821.5.1001.5346 e parecer nº 5.165.921. O Projeto está sendo financiado pelo CAPES, através da concessão bolsa de demanda social – Código de Financiamento 001.

natashabassoo@gmail.com [Alternar conta](#)


*Obrigatório

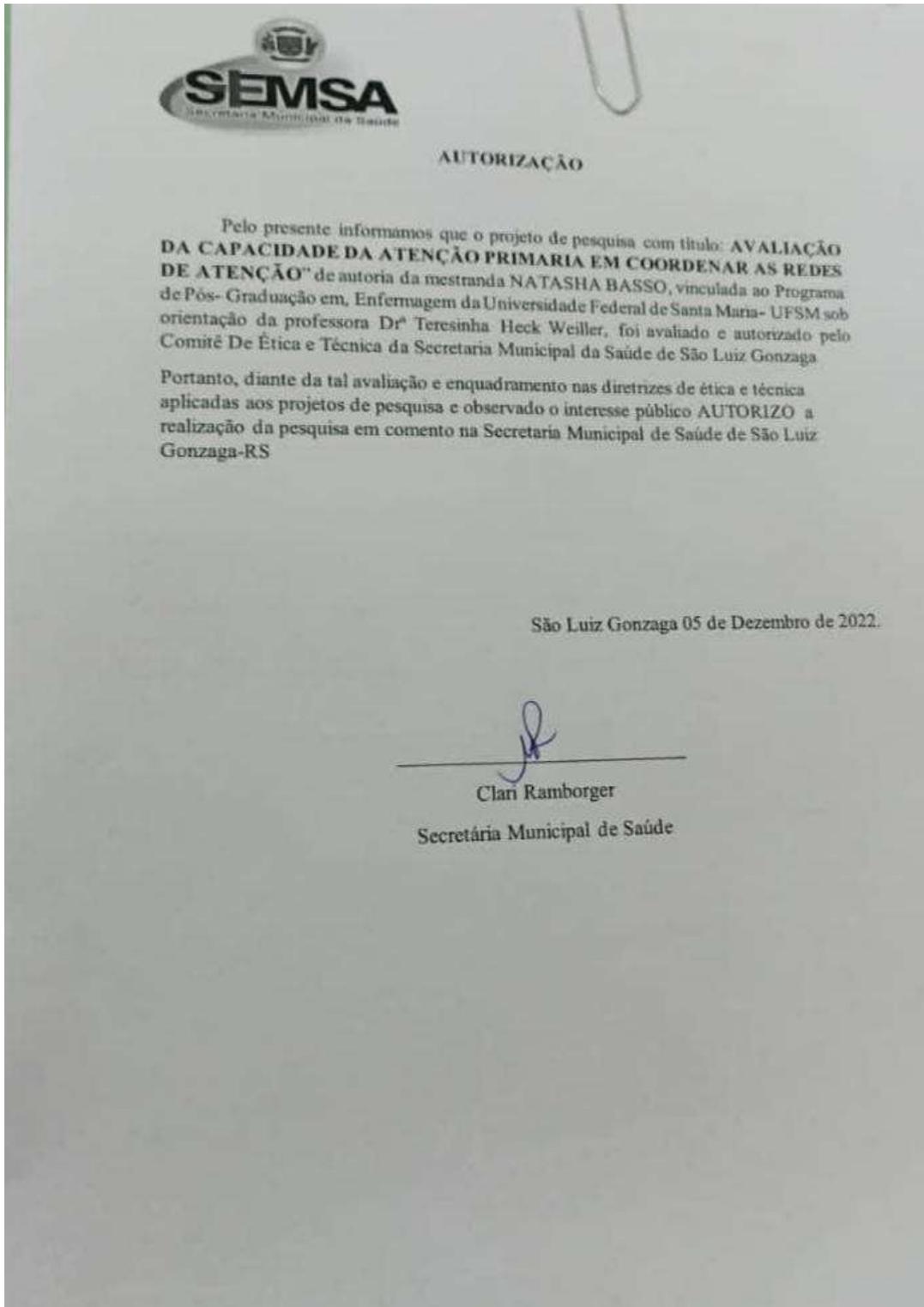
E-mail *

Seu e-mail

[Próxima](#)
[Limpar formulário](#)

Nunca envie senhas pelo Formulários Google.

ANEXO C - PARECER DO MUNICÍPIO DE SÃO LUIZ GONZAGA



ANEXO D - Autorização para utilização do Instrumento COPAS



Elisa Rucks Megler <elisa.rucks@gmail.com>

Fwd: Utilização do Instrumento COPAS

2 mensagens

Elisa Rucks Megler <elisa.rucks@gmail.com>
Para: ludbremeirick@gmail.com

1 de setembro de 2021 13:54

Olá Ludmila!! Tudo bem?
Sou a Elisa Rucks Megler, enfermeira, mestre em enfermagem e atualmente sou doutoranda do PPGEN/UFISM sob orientação da prof Teresinha Heck Weiler.



Em diferentes conversas e orientações com a prof Tere e com o Adairvani, estamos estudando a possibilidade de utilizar o instrumento COPAS para realizar a avaliação da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde no Estado do Rio Grande do Sul, conforme Minuta em Anexo.

Dessa forma, gostaria de consultá-la e solicitar sua autorização para a utilização do instrumento para realizar o Projeto "RedeSul-RS: Avaliação da Rede de Atenção à Saúde no Estado do Rio Grande do Sul",.

Coloco-me a disposição para mais esclarecimentos!
Grata desde já,

Att, Elisa

Elisa Rucks Megler

Enfermeira, Especialista em APS com ênfase em ESF
Discente (Doutorado) PPGEN/UFISM
+55 55 991396682
[Lattes](mailto:elisa.rucks@gmail.com)

Minuta - REDESUL-RS_ Avaliação da Rede de Atenção à Saúde no Estado do Rio Grande do Sul.pdf
308K

Ludmila Emeriok <ludbremeirick@gmail.com>
Para: Elisa Rucks Megler <elisa.rucks@gmail.com>

2 de setembro de 2021 10:30

Bom dia Elisa
Com certeza.
Autorizo sim.
Qualquer dúvida estou à disposição.
Atenciosamente.

OBIS: Você já tem o Instrumento?
[Texto das mensagens anteriores oculto]

ANEXO E - Parecer positivo do Comitê Gestor



Porto Alegre, de 06 de setembro de 2021

Prezada Pesquisadora Terezinha Heck Weiller,

Parecer sobre o seu projeto intitulado: **RedeSul-RS: Avaliação da Rede de Atenção à Saúde no Estado do Rio Grande do Sul.**

Esse Parecer não substitui a avaliação e Parecer do CEP-ESP, e de outro Comitê de Ética.

PARECER DO COMITÊ GESTOR:

O projeto em tela tem como finalidade avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde em coordenar as Redes de Atenção à Saúde no Estado do Rio Grande do Sul.

A coleta de dados se dará pela aplicação de um instrumento encaminhado à Coordenação das Redes de Atenção pela Atenção Primária e serão acrescentadas questões abertas sobre os aspectos do processo de trabalho desenvolvido e também relacionados à organização da Rede durante o período da pandemia por COVID-19. O formulário online, auto aplicável, será disponibilizado através de um link que dará acesso à plataforma Google Form®.

Considera-se, portanto, que o projeto apresenta os elementos científicos necessários para demonstrar a relevância da pesquisa no fortalecimento das políticas de saúde no SUS, sendo aprovado o encaminhamento para a assinatura da TAC.

Atenciosamente


Priscila Stehmann Nunes

Diretor(a) OAPPS/SES-RS

ANEXO F - Termo de autorização institucional para pesquisa



PORTARIA SES/RS Nº 334/2019

ANEXO III

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA PESQUISA

Eu, Péricles Stehmann Nunes, Diretor do Departamento de Atenção Primária e de Políticas de Saúde, estou ciente do protocolo de pesquisa intitulada: "RedeSul-RS: Avaliação da Rede de Atenção à Saúde no Estado do Rio Grande do Sul" e, que tem como objetivo avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde em coordenar as Redes de Atenção à Saúde no Estado do Rio Grande do Sul

Pesquisadores responsáveis: Teresinha Heck Weiller e Adalvane Nobres Damasceno

Autorizo sua execução, assim como o acesso aos sujeitos definidos e registros institucionais para fins exclusivos da referida pesquisa, com confidencialidade e privacidade quanto à identificação dos sujeitos. A execução da pesquisa (coleta dos dados/informações) deverá ter início somente após o parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, conforme diretrizes e normas das Resoluções CNS 466/2012, 510/2016 e 580/2018.

Local: Porto Alegre.

Data: 06 de setembro de 2021.


Péricles Stehmann Nunes
Diretor

Péricles Stehmann Nunes
Diretor - DAPPOSES/RS

Departamento de Atenção Primária e de Políticas de Saúde
Secretaria Estadual de Saúde/RS

ANEXO G - Declaração de evidente interesse público do SUS



PORTARIA SES/RS N° 334/2019

ANEXO IV

DECLARAÇÃO DE EVIDENTE INTERESSE PÚBLICO E DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Em atendimento ao disposto na Lei de Acesso à Informação no 12.527, de 18 de novembro de 2011, em seu Art. 31, parágrafo 3º, inciso II,

Nome do Gestor: Péricles Stehmann Nunes

Local da SES: Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde

Declaro que a pesquisa intitulada:

RedeSul-RS: Avaliação da Rede de Atenção à Saúde no Estado do Rio Grande do

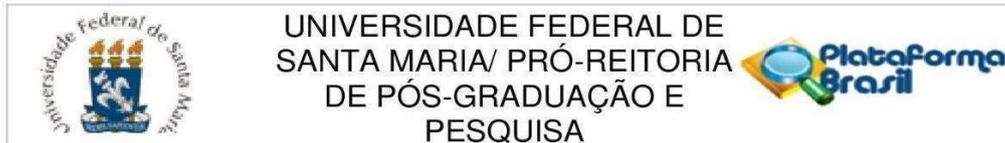
Nome do Pesquisador Responsável/Orientador: Teresinha Heck Weller (UFSM) Adalvane
É dotada de evidente interesse público, previsto em lei, para o Sistema Único de Saúde.

Local: Porto Alegre

, Data: 06 / 09 / 2021.


Assinatura
Péricles Stehmann Nunes
Diretor - DAP - SES-RS

ANEXO H – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 5.165.921

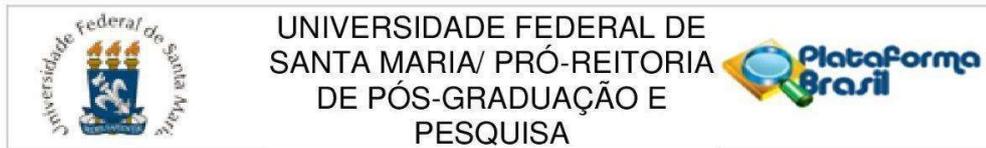
A Fase II será desenvolvida a partir de um estudo metodológico para a elaboração de instrumento de avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde para o Estado do Rio Grande do Sul e desenvolvimento de protótipo e do teste Piloto do Instrumento de Monitoramento da APS para coordenar a RAS. Os dados serão coletados por envio de questionários a especialistas da temática e a análise será por estatística descritiva inferencial, o qual será disponibilizado aos profissionais e gestores da RAS do RS com profissionais da APS. A Fase III será realizada a partir da translação do conhecimento da avaliação da APS para o Estado do RS através da divulgação científica dos resultados e do Observatório de Avaliação em Saúde do Estado do RS- Observa REDESUL-RS.

A questão de pesquisa que orienta a construção deste estudo é: qual é a capacidade da APS do RS em coordenar a Rede de Atenção à Saúde? A hipótese desenvolvida é que a APS do RS tem capacidade para coordenar a RAS, promovendo a integração de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada. Na Fase I, como critério de inclusão, tem-se: ser profissionais das seguintes ocupações: Agente de Saúde (Visitador Sanitário, Agente Comunitário de Saúde, Agente de Saúde, Agente de Combate às Endemias e Agente de Saúde Pública), Atendente de Enfermagem, Auxiliar em Saúde Bucal, Cirurgião Dentista, Enfermeiro, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Médico, Nutricionista, Professor de Dança, Profissional de Educação Física na Saúde, Psicólogo, Sanitarista, Técnico de Enfermagem, Técnico em Saúde Bucal, Terapeuta Ocupacional e Visitador Sanitário que compõem as Equipes da Atenção Primária à Saúde e vinculados ao Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) dos municípios do Estado do Rio Grande do Sul. Serão excluídos os profissionais que atuam a menos de um mês no serviço de saúde, tendo em vista a necessidade de conhecimento sobre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde o qual estará inserido e aqueles afastados por licença de saúde.

Para sensibilizar os profissionais a participarem do estudo, será desenvolvida uma Oficina de Apresentação do Projeto REDESUL com os profissionais da Secretaria Estadual de Saúde, Equipe do Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul, Coordenadores da Atenção Básica e dos Núcleos Regionais de Educação em Saúde das Coordenadorias Regionais de Saúde.

Para a coleta de dados será utilizado o Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde (COPAS), adaptado e validado para o Brasil por

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.165.921

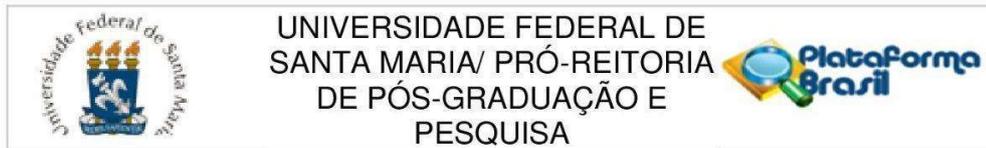
Ludmila Rodrigues, no ano de 2013 (RORIGUES, 2013). O instrumento COPAS é composto pela caracterização e identificação do participante da pesquisa, caracterização da Unidade de Saúde e questões subdivididas em 5 dimensões (População, Atenção Primária à Saúde, Centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, Sistemas de Apoio e Sistemas Logísticos), totalizando 78 questões. Serão acrescentadas questões relacionadas aos aspectos do processo de trabalho desenvolvidos pelos profissionais nas equipes durante a Pandemia de Covid-19.

Será realizado através de entrevista com a aplicação informatizada em tablets contendo o Programa Epi Info com o Instrumento de Avaliação da Coordenação da RAS pela APS (COPAS) e questões abertas relacionadas ao processo de trabalho desenvolvido pelos profissionais nas equipes e sobre a capacidade da APS para coordenar as RAS. Será realizado contato prévio com os participantes para agendar dia e horário. Os dados serão organizados em planilhas do Microsoft Excel® e as análises estatísticas serão realizadas pelo Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS®), versão 18.0.

A Fase II, que tem como objetivo elaborar um instrumento de avaliação e monitoramento da Atenção Primária à Saúde para o Estado do Rio Grande do Sul, será realizada em IX etapas, sendo a etapa IV composta por um comitê de especialistas, composto por 5 a 10 juízes, em que serão convidados profissionais de saúde por amostragem intencional não probabilística com afinidade com a temática, experiência em pesquisa e que atuam no cenário da APS para avaliação do instrumento de monitoramento da APS/RS. Já a etapa V, prevê também a participação de profissionais que atuam na APS através de amostragem intencional não probabilística, totalizando entre 30-40 indivíduos, para que possa ser realizado o pré-teste, com verificação semântica dos itens do instrumento. Os profissionais que participaram da Fase I serão convidados, através de convite formal, para participarem da Etapa VI da Fase II, que consiste na avaliação das propriedades psicométricas do instrumento. Nesta etapa serão avaliados a: validade (validity), confiabilidade (reliability), praticabilidade (practicability), sensibilidade (sensitivity), responsividade (responsiveness) e interpretabilidade (interpretability).

Já na Fase III, o Instrumento de avaliação e monitoramento da APS, testado e aprovado na APS, pretende-se colocar à disposição da Secretaria da Saúde do RS e demais Secretarias Estaduais de Saúde interessadas, contribuindo para a construção teórica da Saúde Coletiva sobre a avaliação da RAS, fomentando a pesquisa e extensão no âmbito das entidades participantes. O observatório de

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA**

Continuação do Parecer: 5.165.921

Rede de Atenção à Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (Observa REDESUL-RS), será proposto como uma ferramenta que auxiliará no fornecimento de dados e informações sobre o andamento da coleta e análise dos dados.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar a Rede de Atenção à Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tendo em vista as características do projeto a descrição de riscos e benefícios pode ser considerada suficiente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória podem ser considerados suficientes.

Recomendações:

.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

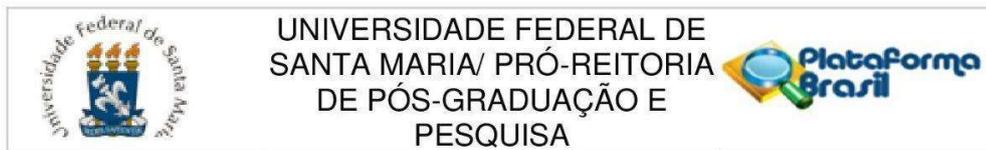
.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1857819.pdf	14/12/2021 16:45:03		Aceito
Outros	InstrumentoCOPAS.pdf	14/12/2021 16:44:18	Teresinha Heck weiller	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoMulticentricoREDESULRS.docx	14/12/2021 16:31:32	Teresinha Heck weiller	Aceito
Outros	DeclaracaoGAP.pdf	14/12/2021 16:30:25	Teresinha Heck weiller	Aceito

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 5.165.921

Outros	TermodeConfidencialidadeProjetoMulticentricoREDESULRS.pdf	14/12/2021 16:24:13	Teresinha Heck weiller	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidoProjetoMulticentricoREDESULRSFaseII.pdf	14/12/2021 16:19:07	Teresinha Heck weiller	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecidoProjetoMulticentricoREDESULRSFaseI.pdf	14/12/2021 16:18:50	Teresinha Heck weiller	Aceito
Folha de Rosto	folhaderostoREDESULRS.pdf	12/11/2021 15:53:43	Teresinha Heck weiller	Aceito
Outros	Autorizacaoparautilizacao doInstrumento COPAS.pdf	12/11/2021 15:50:18	Teresinha Heck weiller	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracaodeevidenteinteressepublico doSUS.pdf	12/11/2021 15:20:20	Teresinha Heck weiller	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Termodeautorizacaoinstitucionalparapesquisa.pdf	12/11/2021 15:19:35	Teresinha Heck weiller	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ParecerpositivodoComiteGestor.pdf	12/11/2021 15:18:39	Teresinha Heck weiller	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SANTA MARIA, 15 de Dezembro de 2021

Assinado por:
CLAUDEMIR DE QUADROS
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - sala 763 - Sala Comitê de Ética - 97105-900 - Santa
Bairro: Camobi **CEP:** 97.105-970
UF: RS **Município:** SANTA MARIA
Telefone: (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: RedeSul-RS: |Avaliação| da |Rede| de |Atenção| à |Saúde| no |Estado| do |Rio| Grande|do|Sul|

Pesquisador responsável: Teresinha Heck Weiller

Instituição/Departamento: UFSM/Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Telefone e endereço postal completo: (55)99149-3960. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1308, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Municípios do Estado do Rio Grande do Sul

Eu, Teresinha Heck Weiller, responsável pela pesquisa RedeSul-RS: |Avaliação| da |Rede| de |Atenção| à |Saúde| no |Estado| do |Rio| Grande|do|Sul|, o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Por meio desta pesquisa pretende-se avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. O desenvolvimento deste estudo será do tipo transversal analítico, realizado nas Unidades de Saúde da Atenção Primária do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Serão selecionados trabalhadores de saúde por meio de amostragem por cotas. Para a coleta dos dados será aplicado o Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária (COPAS) acrescidas de questões abertas, disponibilizado através de formulário online, auto aplicável.

Sua participação constará em responder ao questionário online. Sendo sua participação voluntária, você não receberá benefício financeiro. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. É possível que aconteça cansaço ou desconforto pelo tempo que envolverá responder ao questionário online. Desta forma, caso ocorra algum problema decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá parar de responder ao questionário, sendo encerrada a participação na pesquisa. Fica, também, garantido o seu direito de requerer indenização em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Os benefícios que esperamos como estudo são indiretos, contribuindo para a construção do conhecimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde em ordenar as Redes de Atenção à Saúde no Estado, no planejamento e estruturação das Redes de Atenção à Saúde.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Autorização

Eu, _____, após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do voluntário

Teresinha Heck Weiller

Pesquisadora responsável

Santa Maria _____ de _____, 20 _____

APÊNDICE B - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do estudo: RedeSul-RS: Avaliação da Rede de Atenção à Saúde no Estado do Rio Grande do Sul

Pesquisador responsável: Teresinha Heck Weiller

Instituição/Departamento: UFSM/Programa de Pós-graduação em Enfermagem

Telefone e endereço postal completo: (55)99149-3960. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1308, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Municípios do Estado do Rio Grande do Sul

Os responsáveis pelo presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes envolvidos no trabalho, cujos dados serão coletados por meio da técnica de entrevista semiestruturada individual, através da plataforma Google Meet, no município de Santa Maria. Informam, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26 A, sala 1339 - 97105-970 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Teresinha Heck Weiller. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSM em/...../....., com o número de registro Caae

Santa Maria _____ de _____, 20 _____

Teresinha Heck Weiller