

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

ADALVANE NOBRES DAMACENO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA
COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO**

**Porto Alegre
2020**

ADALVANE NOBRES DAMACENO

**AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA
COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Enfermagem e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Alice Dias da Silva Lima.

**Porto Alegre
2020**

CIP - Catalogação na Publicação

Damaceno, Adalvane Nobres
Avaliação da Atenção Primária à Saúde para a
Coordenação das Redes de Atenção / Adalvane Nobres
Damaceno. -- 2020.
142 f.
Orientadora: Maria Alice Dias da Silva Lima.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,
2020.

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Integração de
Sistemas, Serviços de Saúde. 3. Avaliação de Serviços
de Saúde. 4. Prestação integrada de cuidados de saúde.
5. Enfermagem. I. Lima, Maria Alice Dias da Silva,
orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ADALVANE NOBRES DAMACENO

Avaliação da Atenção Primária à Saúde para a Coordenação das Redes de Atenção

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

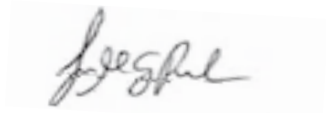
Aprovada em Porto Alegre, 16 de junho de 2020.

BANCA EXAMINADORA



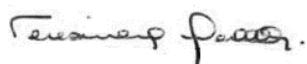
Prof.^a Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima

Presidente – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)



Prof.^a Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Membro – Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)



Profa. Dra. Teresinha Heck Weiller

Membro – Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)



Prof. Dr. Ricardo Alexandre Arcêncio

Membro – Universidade de São Paulo (USP)

À minha mãe, Ivone Nobres Damaceno.

RESUMO

DAMACENO, A. N. Avaliação da Atenção Primária à Saúde para Coordenação das Redes de Atenção. 2020. 142 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

Introdução: Novas formas de integração dos serviços de saúde têm sido propostas, com base no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), principalmente, por meio de seu atributo de coordenação, colocando-a como um eixo estruturante dos Sistemas Universais de Saúde. Uma das propostas de integração constitui-se na implementação de Redes de Atenção à Saúde, conceituadas como os serviços e ações que intervêm em processos de saúde-doença em diferentes densidades tecnológicas, logísticas e de gestão.

Objetivo: Avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde. **Métodos:** Tratou-se de um estudo do tipo transversal analítico, que foi realizado nas Unidades de Saúde da Atenção Primária do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Foram selecionadas 41 Unidades de Saúde por meio de amostragem aleatória sistemática. A amostra do estudo foi composta por 371 trabalhadores de saúde, selecionados por meio de amostragem por cotas. Para a coleta dos dados foi aplicado o Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária (COPAS), no período de novembro de 2018 a maio de 2019. **Resultados:** A idade mediana foi de 39 anos, com um intervalo interquartil de 32 a 48 anos. O tempo mediano de serviço na APS foi de 6 anos, com intervalo interquartil de 4 a 10 anos. A fidedignidade do instrumento, avaliada por meio do coeficiente *Alfa de Cronbach*, demonstrou que todas as dimensões tiveram coeficientes acima de 0,70. Quando comparadas as dimensões do COPAS com os modelos de atenção à saúde (Estratégia de Saúde da Família e Unidade Básica de Saúde Tradicional) não houve diferença significativa entre os escores ($p < 0,005$). Constatou-se o menor escore da dimensão “Sistemas Logísticos” (registro eletrônico, sistemas de acesso e regulação e os sistemas de transporte) em relação às demais dimensões do instrumento. A dimensão “Sistemas de Apoio” (serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistemas de teleassistência) obteve o menor escore na comparação com as Gerências Distritais. O escore global da avaliação da capacidade da APS em coordenar redes de atenção atingiu 60,01%. **Conclusões:** A análise da capacidade da APS em coordenar as RAS mostra-se relevante no escopo da avaliação em saúde e na implementação do cuidado integrado. Além disso, reafirma o papel central da APS como porta de entrada do sistema de saúde, ordenadora de fluxos dos sistemas de saúde. O estágio de desenvolvimento da APS, classificada como “Condição boa, requer a implementação e utilização de tecnologias da informação, protocolos para regulação dos serviços e garantia de acesso aos serviços de saúde. Essas ações revelam-se necessárias para melhoria do cuidado sequencial e complementar entre os níveis de atenção.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Integração de Sistemas, Serviços de Saúde; Avaliação de Serviços de Saúde; Prestação integrada de cuidados de saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

DAMACENO, A. N. Evaluation of Primary Health Care for Coordination of Care Networks. 2020. 142 f. Thesis (Doctorate in Nursing) – School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

Introduction: Based on reinforcement of Primary Health Care (PHC) it has been proposed recent ways of integrating the health services mainly focusing on the coordination attribute and thus considering it as a structuring axis of the Universal Health Care Systems. As example of integration proposals, the stablishing of Health Care Systems is taken as part of it and also taken into account as services and actions which operate on health-disease processes in different technological, logistical and management densities. **Objective:** To Assess the Primary Health Care capacity in order to coordinate Health Care Systems. **Methods:** This is an analytical cross-sectional study, carried out in Primary Care Health Units in the city of Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. Therefore, 41 Health Units were selected through systematic random sampling composed of 371 health workers, selected through quota sampling. The Assessment of the Coordination of Integrated Health Service Delivery Networks by Primary Health Care Instrument (COPAS) was applied as data collecting tool, from November 2018 to May 2019. **Results:** The median age was 39 years, with an interquartile range of 32 to 48 years. The median length of service in PHC was 6 years, with an interquartile range of 4 to 10 years. The instrument's reliability, assessed by means of the *Cronbach's Alpha* coefficient, demonstrated that all dimensions had coefficients above 0.70. When the dimensions of COPAS were compared with the models of health care systems as Family Health Strategy and Basic Unit of Traditional Health, no significant difference between the scores ($p < 0.005$) were evidenced. The lowest score of the dimension “Logistic Systems” (electronic record, access and regulation systems and transport systems) was found in relation to the other dimensions of the instrument. The “Support Systems” dimension (diagnostic and therapeutic support services, information systems and tele-assistance systems) presented the lowest score upon being compared with the District Managements. The assessment global score regarding Health Care Systems reached 60.01%. **Conclusion:** The analysis of the PHC's ability to coordinate the Health Care Network is relevant in the scope of health assessment and in the implementation of integrated care. In addition, it reaffirms the central role of PHC as a gateway to the health system, organizing health system flows. The PHC development stage, classified as “In a good condition, requires the implementation and use of information technologies, protocols for regulating services and ensuring access to health services. These actions are necessary to improve sequential and complementary care between levels of care.

Keywords: Primary Health Care; Systems Integration; Health Services Evaluation; Delivery of Health Care, Integrated; Nursing.

RESUMEN

DAMACENO, A. N. Evaluación de la atención primaria de salud para la coordinación de redes de atención 2020. 142 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

Introducción: Se han propuesto nuevas formas de integrar los servicios de salud, basados en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS), principalmente, a través de su atributo de coordinación, ubicándolo como un eje estructurante de los Sistemas de Salud Universal. Una de las propuestas de integración es la implementación de Redes de Atención de Salud, conceptualizadas como los servicios y acciones que intervienen en los procesos de salud-enfermedad en diferentes densidades tecnológicas, logísticas y de gestión. **Objetivo:** Evaluar la capacidad de la Atención Primaria de Salud para coordinar las Redes de Atención de Salud. **Métodos:** Este fue un estudio transversal analítico, que se llevó a cabo en las Unidades de Salud de Atención Primaria en la ciudad de Porto Alegre, Río Grande do Sul, Brasil. Se seleccionaron 41 unidades de salud mediante muestreo aleatorio sistemático. La muestra del estudio consistió en 371 trabajadores de la salud, seleccionados mediante muestreo de cuotas. Para la recopilación de datos, se aplicó el Instrumento para la Evaluación de la Coordinación de las Redes de Atención de Salud por la Atención Primaria (COPAS), de noviembre de 2018 a mayo de 2019. **Resultados:** La mediana de edad fue de 39 años, con un intervalo intercuartil de 32 a 48 años. La mediana de la duración del servicio en APS fue de 6 años, con un rango intercuartil de 4 a 10 años. La fiabilidad del instrumento, evaluada utilizando el coeficiente *Alfa de Cronbach*, demostró que todas las dimensiones tenían coeficientes superiores a 0,70. Cuando se compararon las dimensiones de COPAS con los modelos de atención de salud (Estrategia de Salud Familiar y Unidad Básica de Salud Tradicional), no hubo diferencias significativas entre los puntajes ($p < 0.005$). El puntaje más bajo de la dimensión "Sistemas Logísticos" (registros electrónicos, sistemas de acceso y regulación y sistemas de transporte) se encontró en relación con las otras dimensiones del instrumento. La dimensión "Sistemas de Apoyo" (servicios de apoyo de diagnóstico y terapéutico, sistemas de información y sistemas de asistencia remota) obtuvieron el puntaje más bajo en comparación con las Administraciones del distrito. El puntaje global para evaluar la capacidad de APS para coordinar redes de atención alcanzó el 60.01%. **Conclusiones:** El análisis de la capacidad de la APS para coordinar Redes de Atención de Salud es relevante en el alcance de la evaluación de la salud y en la implementación de la atención integrada. Además, reafirma el papel central de la APS como puerta de entrada al sistema de salud, organizando los flujos del sistema de salud. La etapa de desarrollo de APS, clasificada como "Buen estado", requiere la implementación y el uso de tecnologías de la información, protocolos para regular los servicios y garantizar el acceso a los servicios de salud. Estas acciones son necesarias para mejorar la atención secuencial y complementaria entre los niveles de atención.

Descriptor: Atención Primaria de Salud; Integración de Sistemas; Evaluación de Servicios de Salud; Prestación Integrada de Atención de Salud; Enfermería.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Dez princípios para integração dos serviços de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.....	19
Figura 2 – Dezesesseis princípios para integração dos serviços de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.....	20
Figura 3 – Esquema de organização de serviços apresentado no Relatório Dawson. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.....	22
Figura 4 – Elementos colaborativos para Redes Atenção à Saúde, pautado em cuidados integrados. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.....	26
Figura 5 – A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.....	27
Figura 6 – Dimensão População e itens que compõem o COPAS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.....	45
Figura 7 – Dimensão Atenção Primária à Saúde e itens que compõem o COPAS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.....	47
Figura 8 – Dimensão Sistemas de Apoio e itens que compõem o COPAS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.....	49
Figura 9 – Dimensão Sistemas Logísticos e itens que compõem o COPAS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.....	51
Figura 10 – Dimensão Sistemas de Governança e itens que compõem o COPAS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.....	53
Figura 11 – Dimensão População comparado por Gerência Distrital. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.....	55
Figura 12 – Dimensão Atenção Primária à Saúde comparado por Gerência Distrital. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.....	56
Figura 13 – Dimensão Sistemas de Apoio comparado por Gerência Distrital. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.....	57
Figura 14 – Dimensão Sistemas Logísticos comparado por Gerência Distrital. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.....	58
Figura 15 – Dimensão Sistemas de Governança comparado por Gerência Distrital. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.....	59

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Componentes da estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e suas definições. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.....	25
Quadro 2 – Temática da Rede de Atenção à Saúde, principais objetivos e componentes e ações transversais. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020....	28
Quadro 3 – Número de Unidades de Saúde de Atenção Primária, de Equipes de Saúde da Família, de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, de Agentes Comunitários de Endemias, de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e atenção às populações específicas (eCR, EMSI, ESP e ESSE), por Gerência Distrital. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.....	33
Quadro 4 – Unidades de Saúde selecionadas conforme as Gerências Distritais. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.....	34
Quadro 5 – Categoria profissional com População (N) e Amostra (n) dos profissionais atuantes nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.....	36
Quadro 6 – Dimensões do Instrumento de Pesquisa – COPAS para avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.....	38
Quadro 7 – Escores para classificação da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde por globalidade e atributos. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.....	40

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características demográficas dos trabalhadores da saúde e das Unidades de Saúde participantes do estudo. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.....	42
Tabela 2 – Coeficientes de Consistência Interna (<i>Alfa de Cronbach</i>) para cada uma das dimensões. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.....	43
Tabela 3 – Estágio de desenvolvimento da Atenção Primária em coordenar as Redes de Atenção por modelo de atenção à saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.....	54
Tabela 4 – Comparação das dimensões do COPAS e modelos de atenção à saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.....	54

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	19
3 OBJETIVOS	20
3.1 Objetivo geral	20
3.2 Objetivos específicos	20
4 DELINEAMENTO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	21
4.1 Integração dos Sitemas de Saúde	21
4.1.1 Princípios da Integração dos Serviços de Saúde	22
4.1.2 Elementos conceituais da Integração dos Serviços de Saúde.....	24
4.2 Redes de Atenção à Saúde	25
4.2.1 Elementos conceituais das Redes De Atenção À Saúde	28
4.2.2 Cenário das Redes de Atenção no Brasil.....	30
4.3 Avaliação da Coordenação de Cuidados	33
4.3.1 Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária à Saúde.....	34
5 MÉTODOS	37
5.1 Tipo de estudo	37
5.2 Campo de estudo	37
5.3 População e amostra	39
5.4 Instrumento de pesquisa	42
5.4 Coleta de dados	43
5.5 Análise de dados	43
5.6 Aspectos éticos	45
6 RESULTADOS	47
7 DISCUSSÃO	65
7.1 O estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde	65
7.2 Atenção Primária à Saúde e a Coordenação da Atenção	72
7.3 Os Modelos de Atenção à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde	74
7.4 Limitações do estudo	76
8 CONCLUSÕES	77
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICE A – MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE DADOS DO ESTUDO “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO”	95
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	113
ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA (COPAS).	114

ANEXO B – RELAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE E QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, 2017. PORTO ALEGRE, 2020.....	122
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFRGS	127
ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – HCPA	132
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – SMPA	139

1 INTRODUÇÃO

Diante da necessidade de integração dos sistemas de saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) tem-se constituído em um cenário privilegiado de construção de estratégias para enfrentar os problemas de saúde contemporâneos. A APS, portanto, compõe um campo de produção de ações em saúde com grande importância para lidar com necessidades de saúde próximas ao contexto de vida das pessoas e, conseqüentemente, nos locais de produção do processo saúde-doença (CAMPOS, 2014, MENDES 2014).

Historicamente, o Relatório Dawson, além de introduzir conceitos da APS, propôs um modelo de organização dos serviços de saúde na Inglaterra no início do século XX, elencando a construção de três níveis de atenção: centros de saúde primários (localizados mais próximos da comunidade); centros de saúde secundários (responsáveis pela oferta de serviços especializados) e hospitais. Em conjunto e de modo articulado, tais serviços deveriam ser responsáveis pela atenção à saúde de uma população localizada em um território (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1964; STARFIELD, 2002; CAMPOS, 2014).

Cabe salientar que a Conferência Internacional em Alma-Ata reforçou os cuidados primários como parte integrante dos sistemas nacionais de saúde. Esses cuidados constituem a função central e o foco principal no que diz respeito ao desenvolvimento socioeconômico global das comunidades e devem, entre outras funções, ser apoiados por sistemas de referência integrados, funcionais e mutuamente amparados, levando à progressiva melhoria dos cuidados gerais de saúde para todos e dando prioridade aos que têm mais necessidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978).

No Brasil, a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal de 1989, representou um marco na unificação das ações públicas em saúde, cujas características estavam em *ser único* e *descentralizado* (SANTOS, ANDRADE, 2013), somado à participação do cidadão, o que lhe conferiu um caráter democrático.

Para efetivação do SUS, a APS busca a garantia do acolhimento aos usuários, o vínculo e a corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde, sendo a primeira instância de regulação e comunicação entre os serviços de maior densidade tecnológica (BRASIL, 2017). Nesse cenário, revela-se importante incluir o debate ao enfrentamento das iniquidades sociais em saúde, com ações que visem o desenvolvimento de estratégias individuais e coletivas para redução das desigualdades em saúde,

permitindo aumento do acesso e da disponibilidade dos serviços de saúde (FIORATI, ARCÊNCIO, SOUZA, 2016).

A integração dos serviços de saúde tem sido proposta com base no fortalecimento da APS, principalmente, por meio de seu atributo de coordenação, colocando-a como um eixo estruturante do sistema (ALMEIDA et al., 2011; VARGAS et al., 2016). Uma das propostas constitui-se na implementação de redes de atenção à saúde, nas quais a APS assume papel de eixo estruturante no desenho e funcionamento desses sistemas (MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são definidas como os serviços e ações que intervêm em processos de saúde-doença pautados em diferentes densidades tecnológicas (BRASIL, 2010), logísticas e de gestão para assegurar a integralidade do cuidado e melhorar o acesso, a equidade e a eficácia proposta no Sistema Único de Saúde (SUS) (MENDES, 2011). Adita-se a isso os objetivos comuns e ações cooperativas e interdependentes dentro de organizações poliárquicas com conjuntos de serviços de saúde que permitam ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população (MENDES, 2011).

Os projetos de RAS visam à superação da fragmentação da atenção e da gestão dos serviços de saúde e aperfeiçoamento do funcionamento político-institucional dos sistemas de cobertura universal em todo o mundo (SILVA, 2013), favorecendo a oferta de ações integrais centradas no usuário e assegurando a otimização da oferta assistencial e dos recursos, conferindo eficácia ao sistema de saúde (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014). Por meio desse modelo tecnológico de produção de ações e serviços de saúde, vislumbra-se uma participação mais ativa dos gestores, aproximando-os dos profissionais de saúde, dos usuários e das realidades da comunidade, instituindo uma cultura do compartilhamento, ajuda mútua e reciprocidade (SILVA, 2013).

As RAS são identificadas como a melhor estratégia para o enfrentamento dos problemas de saúde pública (MAGALHÃES JÚNIOR, 2014), considerando-se que os modelos de atenção à saúde são diferentes para as condições crônicas e as condições agudas. O crescimento da incidência de doenças crônicas nos países em desenvolvimento tem representado atualmente mais de 60% do total de enfermidades com possibilidade de aumento, segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), a 80% em 2020. No Brasil, esse contexto tem um peso significativo em virtude das transições epidemiológicas e demográficas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2013; SILVA, 2013).

Reitera-se que a efetividade na atenção às doenças crônicas é reduzida em sistemas de saúde fragmentados e direcionados principalmente para as condições agudas. Os usuários precisam ter assegurada a continuidade do atendimento e ampliar a adesão ao tratamento, sendo indispensável a garantia da longitudinalidade da atenção, não só para a recuperação da saúde, mas também para que as medidas preventivas e de promoção da saúde sejam mais efetivas (SILVA, 2013; CAMPOS, 2014).

Desse modo, os sistemas de saúde organizados como redes e coordenados pela APS podem contribuir para a melhoria do atendimento clínico, condições sanitárias, satisfação dos pacientes e redução das despesas orçamentárias locais (MENDES, 2014).

Estudos internacionais reforçam que as RAS oportunizam melhores resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde, por exemplo, na atenção às pessoas em cuidados paliativos (EERDEN et al., 2017), no monitoramento de fibrilação atrial (RUSH et al., 2016), na avaliação de admissões inapropriadas (MANGAN, PIETRONI, POTER, 2016), na saúde do idoso (MANGAN, PIETRONI, POTER, 2016), na saúde mental (CAINE, 2014; MANTHORPE, LLIFFE, 2017), no controle de doenças respiratórias crônicas (HUBER et al., 2016; OREILLY et al., 2017; BORGERMANS et al., 2017).

No Brasil, o tema das RAS é recente e não há relatos de experiências em quantidade e nem de avaliações robustas. Contudo, foram identificados estudos com foco na implementação de redes de atenção materno-infantil, puerpério e o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças (FRANK et al., 2016), processos gerenciais (BELLINI et al., 2016), planejamento de ações das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs) na rede de serviços de saúde (UCHIMURA et al., 2015), a inserção do hospital na Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE) (SOARES et al., 2015) e o processo de transição de cuidados integrados entre o hospital e o serviço de APS (DAY, WITT, OELKE, 2016).

O papel da APS é orientado por quatro atributos essenciais: ser porta de entrada, ou seja, de acesso e de utilização do serviço de saúde, tornando-se um serviço de referência; ser um serviço longitudinal, pela atenção e pelo cuidado do paciente ao longo do tempo; ser um serviço pautado na garantia da integralidade biopsicossocial dos usuários; ser coordenadora do cuidado, tendo a capacidade de coordenar as respostas às diversas necessidades que uma abordagem integral identifica, seja dentro de uma equipe multidisciplinar, seja na atenção que os usuários recebem nos diversos pontos da rede (ALECRIM, DOBASHI, 2014; MAGALHÃES JÚNIOR, 2014; MENDES, 2014).

Há evidências científicas que demonstram a capacidade da APS na estruturação dos sistemas de saúde e seu impacto na saúde da comunidade. Entretanto, destaca-se a necessidade de identificar potencialidades e fragilidades da APS nessa conformação de eixo coordenador das redes, por meio de instrumentos capazes de mensurar sua efetividade (RODRIGUES et al., 2014).

Os resultados de um estudo de revisão integrativa, que teve por objetivo identificar instrumentos disponíveis na literatura para avaliar a estruturação de rede de cuidados primários em sistemas de saúde (LIMA et al., 2019), relacionou oito questionários, sendo que três medem componentes estruturais gerais (FLOCKE, 1997; FRIEDBERG et al., 2008; RODRIGUES et al., 2014), três avaliam áreas específicas de cuidados primários (BIMBERG et al., 2011; COOLEY et al., 2003; RITTENHOUSE et al., 2008), um é direcionado à rede de cuidados paliativos (NIKBAKHT-VAN, 2005) e um para serviços de atenção primária para crianças e adolescentes (CASSADY, 2000).

Dentre os instrumentos identificados, destaca-se o Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária (COPAS), desenvolvido no contexto brasileiro (RODRIGUES, 2013; RODRIGUES et al., 2014), com a finalidade de avaliar a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde. O instrumento foi construído e validado com base em *check list* proposto originalmente por Mendes (2011) para avaliar o grau de integração das redes de atenção à saúde, mas possibilita avaliar a capacidade da APS de coordenar as redes, ao colocar a Atenção Primária à Saúde na centralidade de um processo de integração dos diversos pontos de atenção.

Ressalta-se a necessidade de utilização de instrumentos para mensurar a efetividade da APS como coordenadora de redes de atenção. Assim, o objeto deste estudo baseia-se na avaliação da APS para coordenar redes, de modo que sua contribuição se pauta no auxílio para decisões dos gestores e profissionais de saúde, por meio dos resultados relacionados aos atributos da coordenação de cuidados de saúde e que considerem os modelos de atenção aplicados na APS.

Com base no contexto apresentado, expõe-se como proposta de tese que sustentará este estudo: a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde presume uma articulação entre os diferentes profissionais e serviços de saúde, tendo como finalidade garantir uma atenção integral e de qualidade aos usuários, de acordo com suas especificidades. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde colabora para provisão do cuidado sequencial e complementar entre os níveis de atenção, ordenando fluxos e

processos organizativos das Redes de Atenção à Saúde, que permitem a integração entre os distintos níveis do sistema.

2 JUSTIFICATIVA

O Brasil apresenta mudanças na sua estrutura etária com o aumento no percentual de idosos e exibe alterações no cenário epidemiológico com uma “tripla carga de doenças” (SANTOS, BARBIERI, GONÇALVES et al., 2017). Por conseguinte, a APS é responsável por ações de coordenação de cuidados e garantia da continuidade da atenção, de um modo integrado com os demais pontos (GOMES et al., 2011), sendo que existem sucessivas tentativas de organizar um sistema de referência e tornar os serviços de saúde responsivos, eficientes e integrados (GIOVANELLA et al., 2015).

A base de conhecimento para a integração dos serviços de saúde mostra-se relativamente limitada para ser capaz de orientar inovações nas práticas ou para colaborar no entendimento das implicações para enfermagem. Salienta-se que no escopo de suas responsabilidades, o profissional enfermeiro é determinante para a coordenação de serviços e prestação de cuidados em todos os níveis de atenção, sendo o elo no desenvolvimento e implementação de programas de saúde contribuindo para práticas colaborativas que envolvam usuários, familiares e demais trabalhadores de saúde (LONGPRÉ, DUBOIS, 2015).

Este estudo trará contribuições para os profissionais do campo da saúde, em especial, o núcleo da Enfermagem, uma vez que poderá indicar fragilidades e potencialidades na estruturação das RAS. E assim, viabilizar o planejamento de ações que visam não apenas à melhoria desses serviços e, conseqüente melhoria da saúde da população, bem como a ruptura da lógica compartimentalizada de funcionamento dos serviços de saúde (BOUSQUAT et al. 2017).

Ademais, a escolha pela utilização do COPAS deu-se em virtude de a ferramenta brasileira colocar a APS como estruturante da integração, haja vista sua aplicação não ser restrita a grupos específicos, mas, a trabalhadores atuantes nos serviços de saúde. Além de alinhar-se à realidade dos serviços ofertados no país. Outrossim, considera-se a necessidade de pesquisas que busquem analisar, no âmbito das RAS, as potencialidades das equipes de APS para assumirem a coordenação tanto na esfera local, como para além dos limites municipais, no espaço regional (ALMEIDA, SANTOS, SANTOS, SILVEIRA FILHO, 2016).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar o estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde;
- Associar o estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde com os modelos de atenção de estratégia de saúde da família e de unidade básica tradicional;
- Comparar o estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde por Gerências Distritais.

4 DELINEAMENTO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

Para a fundamentação teórica do estudo, será explorada e aprofundada a revisão da literatura sobre três tópicos: 1) Integração dos Sistemas de Saúde; 2) Redes de Atenção à Saúde e 3) Avaliação da Coordenação de Cuidados.

4.1 Integração dos Sistemas de Saúde

A discussão sobre integração dos sistemas de saúde surgiu em resposta à fragmentação dos cuidados e pela complexidade do tema (MENDES, 2010; MENDES, 2011; MENDES, 2014).

A OMS define como serviços integrados: *“gestão e prestação de serviços de saúde para que os usuários recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades ao longo do tempo e em diferentes níveis do sistema de saúde”* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Entretanto, a literatura contém uma multiplicidade de conceitos, princípios e dimensões sobre a integração dos sistemas de saúde (GODWIN, 2016), bem como suas relações (LONGPRÉ, DUBOIS, 2015).

Dessa forma, Goodwin (2016) define perspectivas de acordo com os atores envolvidos: serviços de saúde que são gerenciados e ofertados aos usuários, para que recebam promoção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, gerenciamento de doenças, reabilitação e cuidados paliativos de acordo com suas necessidades ao longo da vida; um processo que envolve a criação e manutenção, ao longo do tempo, de uma estrutura comum entre partes interessadas, com a finalidade de coordenar sua interdependência, a fim de capacitá-los a trabalhar em conjunto em um projeto coletivo, um conjunto de métodos e modelos coerentes com o financiamento, administração, organização, prestação de serviços e níveis clínicos objetivando criar conectividade, alinhamento e colaboração dentro dos setores de cuidados em saúde; e o planejamento de cuidados pautado nas escolhas do usuário, propiciando a ele o controle na escolha dos serviços com vista ao alcance de resultados satisfatórios.

Para tal, a integração do sistema de saúde é um componente chave da reforma do sistema de saúde, com o objetivo de melhorar os resultados para os pacientes que necessitam de cuidados complexos e ou por longo período de tempo, provedores e sistema de saúde. Assim, a integração reside no compromisso dos serviços em melhorar a qualidade e a segurança da assistência prestada aos pacientes (GOODWIN, 2016).

4.1.1 Princípios da Integração dos Serviços de Saúde

Embora exista uma diversidade de abordagens e estratégias para a integração de sistemas, Suter et al. (2009) identificaram dez princípios para os cuidados integrados (Figura 1).

- Oferta de serviços adequados, propiciando acesso, cuidado longitudinal e integrado com outros setores;
- Foco no paciente e nas necessidades de uma população definida, com organização do cuidado centrado na Atenção Primária à Saúde, proporcionando ao usuário facilidade em percorrer no sistema;
- Cobertura geográfica, com território definido, maximizando o acesso e evitando a duplicação de serviços e ações, ou seja, uma população identificada em uma área geográfica;
- Equipes multiprofissionais em todos os serviços, trabalhando com padrões definidos e linhas de cuidado baseadas em evidências;
- Avaliação de desempenho do sistema de forma transparente, observando a qualidade dos serviços, o cuidado continuado, fazendo conexão entre as intervenções e os resultados clínicos, para que haja uma análise estruturada dos problemas de desempenho e como eles podem ser abordados;
- Comunicação entre os serviços e sistemas de informação que possibilitem a coleta de dados e análise de relatórios;
- Cultura organizacional e equipes de saúde com lideranças clínicas comprometidas com o trabalho e os seus resultados no processo e da organização dos sistemas;
- Integração dos médicos de diferentes pontos assistenciais, pois estes são “profissionais-chave” para a coesão do sistema, e cruciais para o uso de um prontuário único;
- Estrutura de governança forte com um sistema que permita a participação de todos os interessados e que possibilite a coordenação do cuidado nos diversos pontos de atenção;
- Gestão financeira, que propicie mecanismos para o trabalho em equipe e que sustente uma distribuição equitativa do financiamento.

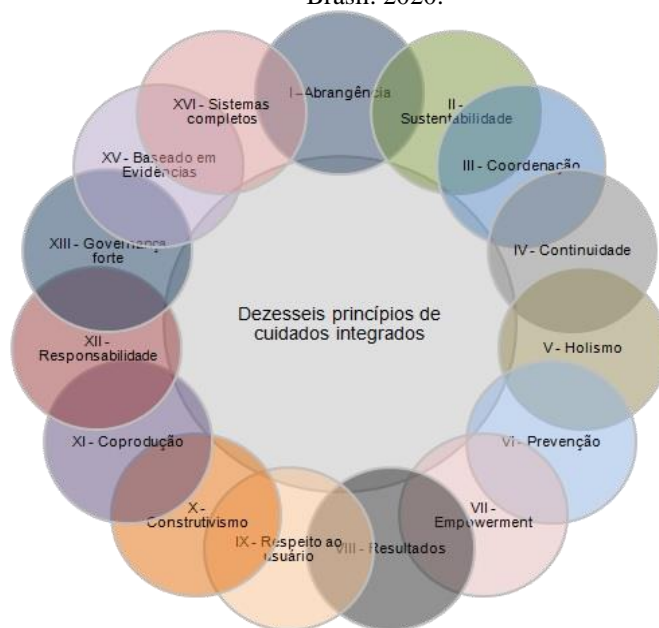
Figura 1 - Dez princípios para integração dos serviços de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020



Fonte: Suter et al. (2009) (Adaptado)

Já em estudo de Ferrer e Goodwin (2014) são apresentados dezesseis princípios de cuidados integrados baseados em: abrangência, equidade, sustentabilidade, coordenação, continuidade, holismo, prevenção, *empowerment*, resultados, respeito ao usuário, construção de práticas integradoras, co-produção de cuidado, responsabilidade, apoio na governança, ações com base em evidências e sistemas completos (Figura 2). Isto demonstra alinhamento com estudo de Suter et. al. (2009) e colabora para o interesse contínuo na compreensão conceitual dos cuidados integrados e seus subsequentes princípios.

Figura 2– Dezesesseis princípios para integração dos serviços de saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.



Fonte: Ferrer e Goodwin (2014) (Adaptado)

4.1.2 Elementos conceituais da integração dos serviços de saúde

Além dos princípios supracitados, autores indicam elementos conceituais e taxonômicos que permitem a compreensão da integração de serviços de saúde, a citar: o tipo de integração (ou seja, organizacional, profissional, cultural e tecnológico); o nível em que ocorre a integração (ou seja, macro, meso e micro); o processo de integração (ou seja, a forma como a assistência integrada é organizada e gerenciada); a amplitude da integração (ou seja, a todo um grupo populacional ou grupo específico de clientes); e o grau ou a intensidade da integração (ou seja, através de um *continuum* que abrange entre ligações informais a coordenação de cuidados mais gerenciados e equipes ou organizações totalmente integradas) (ARMITAGE, SUTER, OELKE, ADAIR, 2009; GOODWIN, SMITH, 2012).

À vista disso, a dimensão conceitual dos sistemas integrados (VALENTIJJN, SCHEPMAN, OPHEIJ, BRUIJNZEELS, 2013) também corrobora para a compreensão da temática e são estruturadas em torno dos três níveis onde a integração pode ocorrer: o nível macro (sistema), o nível meso (organizacional) e o nível micro (clínico).

No nível macro, a integração do sistema é considerada para aumentar a eficiência, qualidade dos cuidados, qualidade de vida e satisfação do usuário (KODNER, 2009; SUTER et al., 2009). A integração de um sistema de saúde é uma abordagem holística que coloca as necessidades das pessoas no centro do sistema para atender às necessidades

da população atendida (ARMITAGE, SUTER, OELKE, ADAIR, 2009; SUTER et al., 2009). A integração do sistema exige uma combinação sob medida de estruturas, processos e técnicas para atender às necessidades de pessoas e populações em toda gama de cuidados (ARMITAGE, SUTER, OELKE, ADAIR, 2009; KODNER, 2009).

A integração no nível meso ou organizacional refere-se à medida que os serviços são produzidos e entregues de forma vinculada. As relações inter-organizacionais podem melhorar a qualidade, a participação no mercado e a eficiência; por exemplo, juntando as habilidades e competências das diferentes organizações (KODNER, 2009; AXELSSON, AXELSSON, 2006; SHORTEL, KALUZNY, 2006).

A integração profissional refere-se a parcerias entre profissionais tanto dentro (intra) quanto entre (inter) organizações e é conceituada no meso-nível de um sistema de saúde. Essas parcerias podem ser caracterizadas como formas de integração vertical e / ou horizontal. Sendo que os profissionais têm a responsabilidade coletiva de fornecer um contínuo, abrangente e coordenado de atendimento a uma população (SHORTEL, KALUZNY, 2006; SUTER et al., 2009; SHAW, ROSEN, RUMBOLD, 2011).

4.2 Redes de Atenção à Saúde

A primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1920, na conjuntura do debate para mudanças no sistema de proteção social e organizar a provisão de serviços de saúde após a Primeira Guerra Mundial no Reino Unido com base na coordenação entre serviços preventivos e curativos. Para Dawson, cada dado território estabeleceria a organização de serviços para atenção integral à população com base em serviços "domiciliares" (apoiados por centros de saúde primários, laboratórios, radiologia e acomodação para internação), sendo a "porta de entrada" do sistema (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1964; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

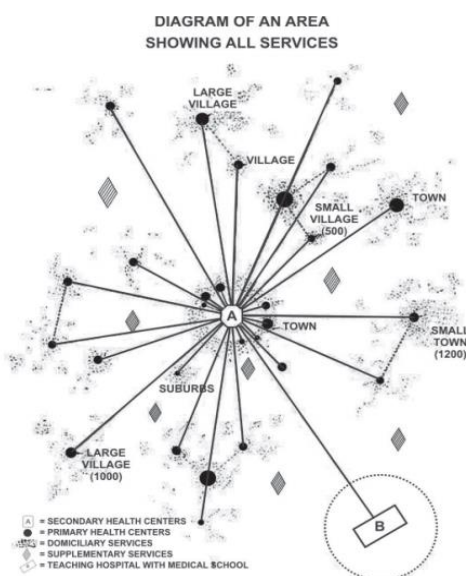
Ainda, o relatório estabelecia que os centros primários, localizados em vilas, estariam ligados a centros de saúde secundários, localizados nas cidades maiores, com oferta de serviços especializados, cuja localização deveria se dar de acordo com a distribuição da população, os meios de transporte e os fluxos estabelecidos, variando "em tamanho e complexidade, segundo as circunstâncias" (Figura 3).

Ao passo que os casos que não pudessem ser resolvidos neste nível seriam encaminhados a um hospital de referência, ao qual os centros se vinculariam. Os

profissionais trabalhariam de forma integrada, de modo que [...] “o pessoal adscrito aos centros de saúde poderia acompanhar o processo em que interferiram desde o começo, familiarizar-se com o tratamento adotado e apreciar as necessidades do paciente depois de seu regresso ao lar” (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1964), assim como já era apontada a necessidade de “estabelecer-se um sistema uniforme de histórias clínicas; no caso de um paciente ser encaminhado de um centro a outro para fins de consulta ou tratamento, deve ser acompanhado de uma cópia de sua história clínica” (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1964) e do ponto de vista da gestão do sistema:

“todos os serviços - tanto curativos como preventivos - estariam intimamente coordenados sob uma única autoridade de saúde para cada área. É indispensável a unidade de ideias e propósitos, assim como a comunicação completa e recíproca entre os hospitais, os centros de saúde secundários e primários e os serviços domiciliares, independentemente de que os centros estejam situados no campo ou na cidade.” (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1964)

Figura 3 - Esquema de organização de serviços apresentado no Relatório Dawson. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.



Fonte: World Health Organization (1978)

Coube ao Relatório Dawson introduzir a territorialização, ausente até então dos sistemas de seguro social; apontar a necessidade de articulação entre a saúde pública - necessariamente nas mãos do Estado - e a atenção individual; e marcar a associação entre o modelo de organização de serviços e sua gestão, ao prescrever uma autoridade de saúde única no território. Do ponto de vista da organização de serviços, formulou os conceitos de níveis de atenção, porta de entrada, vínculo, referência e coordenação pela atenção

primária, além de considerar os mecanismos de integração, como sistemas de informação e de transportes (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

A organização em redes foi concebida como uma resposta à questão de como garantir acesso com equidade a toda uma população. Para garantia da qualidade, seria necessário concentrar serviços e adotar mecanismos de referência. A regionalização deveria ser baseada em territórios de grande porte populacional, com autossuficiência em recursos de saúde em todos os níveis de atenção, subdivididos em distritos, sub-regiões ou microrregiões como forma de assegurar o acesso. O conjunto de serviços ofertados estaria sob um único comando e deveria operar de forma coordenada através de mecanismos de referência entre níveis (e/ou territórios), alimentados por sistemas de informação e de transportes (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1964; KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

A conformação de RAS e sua importância para a qualificação dos sistemas de saúde se justificam, entre outros argumentos, pelo aumento crescente da incidência e da prevalência das doenças crônicas (SILVA, 2013; MAGALHÃES JUNIOR, 2013), assim como pela maior possibilidade de construção da integralidade e de intervir nos custos crescentes dos sistemas de saúde (MENDES 2011; SILVA 2011). As propostas de redes no suporte às políticas públicas têm sido, crescentemente, adotadas para superar o modelo burocrático e hierárquico hegemônico, num contexto de discussões das questões sociais, de processos de privatização, de descentralização acelerada, de globalização, de proliferação de organizações não governamentais e de fortalecimento do controle público (MENDES, 2014; SILVA, 2015; PINTO JUNIOR et al., 2016).

A literatura científica identifica diferentes denominações para RAS. Em países da Europa que organizaram a atenção à saúde através de sistemas nacionais, a nomenclatura mais utilizada para o tema é “redes regionalizadas”. Na Espanha, diferentemente, utiliza-se o termo “organizações sanitárias integradas” (NAVARRETE, 2005). Já nos Estados Unidos da América (EUA), o termo mais empregado é “sistemas integrados” (HAM, 2007). No Canadá, a nomenclatura pode variar de acordo com a região, mas o nome mais utilizado é “cuidado integrado”. Na América Latina, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) utiliza o termo “redes integradas de serviços de saúde” (SHORTELL et al., 1996). Dessa maneira, cada sistema de saúde possui suas próprias características, sendo que as estratégias de integração do cuidado têm sido desenvolvidas para cada contexto nacional específico, podendo provocar equívocos quando transportados a outros contextos.

4.2.1 Elementos conceituais das Redes de Atenção à Saúde

Conceitualmente, tem-se uma convergência sobre a imagem das RAS, como sendo uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território. Organizando-os sistemicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas da atenção estejam articulados e adequados para o atendimento integral aos usuários, e promoção da saúde (SILVA, 2013).

São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). De qualquer forma que se declare a definição das RAS, é importante conceituar seus elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2011).

O primeiro elemento é uma população, colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica, característica que deve ser organizada sob forma de gerenciamento, com ênfase à gestão da oferta da atenção à saúde. Complementar, está a estrutura operacional, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós, ou seja, o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os Sistemas de Apoio; os Sistemas Logísticos e os Sistemas de Governança da rede de atenção à saúde. Por fim, o terceiro elemento são os modelos de atenção à saúde, que podem ser conceituados como os sistemas lógicos que organizam seu funcionamento, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos a partir da análise situacional de saúde (MENDES, 2010; MENDES, 2011).

Os componentes da estrutura operacional estão apresentados e definidos no Quadro 1.

Quadro 1 - Componentes da estrutura operacional das Redes de Atenção à Saúde (RAS) e suas definições.
Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.

Componente	Definição
Atenção Primária à Saúde	O centro de comunicação das redes, os pontos de atenção secundária e terciária à saúde.
Modelo de Governança	Alinhamento entre as atividades da APS com os outros pontos de atenção.
Sistemas de Apoio	Sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde.
Sistemas Logísticos	Consistem de cartão de identificação dos usuários, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado aos cuidados e sistemas de transportes em saúde.
Centro de Comunicação	Coordena os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção, idealmente localizado ao nível da equipe de APS.

Fonte: Mendes, 2011 (Adaptado).

É consenso que as RAS são uma estratégia de organização da atenção à saúde especificamente voltada para promover a integração do cuidado, a partir da combinação entre flexibilidade de alocação de práticas, tecnologias e coordenação do cuidado para a garantia da longitudinalidade (Figura 4). A maior eficácia das ações de saúde se dá pela constituição de relações mais horizontalizadas (MENDES, 2014), com cuidados múltiplos pautados em uma integração sistêmica (PINTO JUNIOR et al., 2016) entre os diversos serviços, que passam a se comportar como pontos de atenção inter-relacionados e com canais permanentes de comunicação (MENDES, 2014; PINTO JUNIOR et al., 2016).

Figura 4 – Elementos colaborativos para Redes Atenção à Saúde, pautado em cuidados integrados. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.



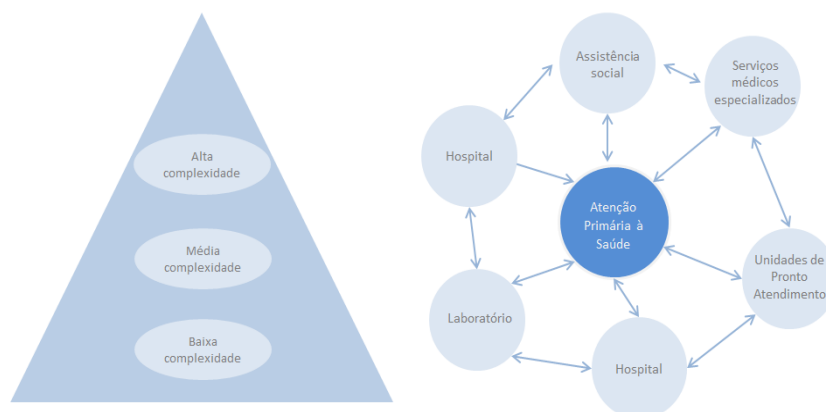
Fonte: Hartz, Contandriopoulos (2014); Mendes (2010) - (Adaptado)

4.2.2 Cenário das Redes de Atenção no Brasil

No SUS, a modelagem de redes regionais de atenção à saúde é favorecida atualmente pelo Pacto de Gestão (BRASIL, 2006) e se constitui em uma das estratégias para sua regionalização. Esse processo exige a cooperação entre os municípios de determinada região de saúde e a qualificação da APS como instância organizadora do sistema e coordenadora do cuidado ofertado. Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde (MENDES, 2011; MENDES, 2012). Assim, todos os componentes das RAS mostram-se importantes e diferenciam-se pelas respectivas densidades tecnológicas. A concepção vigente na normativa do SUS é a de um sistema hierárquico, de tipo piramidal, formatado segundo as densidades tecnológicas de cada nível de atenção (MENDES, 2012; NORONHA, 2014).

Essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde, em que se respeitando as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais. Contudo, as RAS apresentam uma singularidade, seu centro de comunicação situa-se na APS (Figura 5).

Figura 5 - A mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos para as redes de atenção à saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.



Fonte: Mendes (2011) (Adaptado)

Levando em consideração as necessidades expostas acima, a concepção de RAS vem sendo discutida há algum tempo, mas foi incorporada oficialmente ao SUS por dois instrumentos jurídicos. A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização das redes de atenção à saúde no âmbito do SUS, e o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080/90. Na Portaria Ministerial, a RAS é definida *"como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado"*. No Decreto Presidencial explicita-se que *"a integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde"* (BRASIL, 1990; 2010; 2011; MENDES, 2010).

Desse modo, após a pactuação entre o Ministério da Saúde, os estados e os municípios, buscou-se a consolidação conceitual e os pontos de propostas operacionais para a implantação das RAS (BRASIL, 2010). Em um momento inicial de implantação das RAS como política estruturante do SUS, sob a perspectiva assistencial, e da pouca prática institucional interfederativa nesse processo, foi discutido com estados e municípios a necessidade da priorização de áreas para as RAS. Assim, a escolha se deu por razões de prioridade epidemiológica e assistencial, estabelecidas conforme o Quadro 2.

Quadro 2 – Temática da Rede de Atenção à Saúde, principais objetivos e componentes e ações transversais. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.

Temática	Principais objetivos	Principais componentes	Ações transversais
Rede Cegonha	Implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pré-natal; ▪ Parto e nascimento; ▪ Puerpério e atenção integral à saúde da criança; ▪ Sistema logístico (transporte sanitário e regulação). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ APS como ordenadora da Rede e Coordenadora do Cuidado; ▪ Ampliação do acesso à rede de atenção integral à saúde; ▪ Comunicação entre os serviços; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenção multiprofissional e apoio matricial; ▪ Linhas de Cuidado e Diretrizes Clínicas; ▪ Educação Permanente
Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RAUE)	Articular e integrar todos os equipamentos de saúde com o objetivo de ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral aos usuários em situação de urgência/emergência nos serviços de saúde, de forma ágil e oportuna.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Atenção primária: Unidades Básicas de Saúde; ▪ UPA, serviços com funcionamento 24h e SAMU; ▪ Inovações tecnológicas nas linhas de cuidado prioritárias: AVC, IAM, traumas; ▪ Atenção domiciliar – Melhor em Casa. 	
Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)	Ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, a promoção de vínculos das pessoas com transtornos mentais, necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas com suas famílias	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Qualificação da rede de atenção integral à saúde mental; ▪ Ações intersetoriais para reinserção social, reabilitação, prevenção e de redução de danos. 	
Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência	Ampliar o acesso e qualificar atendimento às pessoas com deficiência no SUS, integrando e articulando com os serviços de reabilitação e com a rede de atenção especializada e primária.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Centro Especializado em Reabilitação (CER); ▪ Centros-Dia; ▪ Serviços de Atenção Odontológica para Pessoas com Deficiência; ▪ Serviço de Atenção Domiciliar no âmbito do SUS. Atenção Hospitalar. 	
Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas	Fomentar a mudança do modelo de atenção à saúde, fortalecendo o cuidado às pessoas com doenças crônicas com garantia ao cuidado integral às pessoas e contribuir para a promoção da saúde da população e prevenir o desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acolhimento; ▪ Cuidado Continuado/Atenção Programada; ▪ Projeto Terapêutico Singular (PTS); ▪ Acompanhamento Não Presencial; ▪ Atendimento Coletivo; ▪ Autocuidado; ▪ Estratificação de Risco; 	

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

4.3 Avaliação da Coordenação de Cuidados

No campo da saúde, a Avaliação em Saúde busca responder as demandas da complexidade do processo de saúde-doença de usuários e comunidades. Cabe a ela subsidiar processos decisórios apoiados na identificação de problemas e na organização dos serviços disponíveis (HARTZ, CONTANDRIOPOULOS, 2014). No Brasil, a avaliação em saúde, ainda se apresenta incipiente e pouco incorporada às práticas, pois implica em reorganização no planejamento e gestão (BRASIL, 2017).

A coordenação dos cuidados de saúde entre os níveis de atenção é essência da estratégia da OPAS para melhorar a atenção primária e as políticas de integração de serviços. É fundamentada no fortalecimento de um modelo baseado na APS como coordenadora do atendimento dos usuários ao longo de um contínuo dos serviços de saúde na rede (OPAS, 2010). Outrossim, a coordenação do cuidado pela APS tem sido apontada internacionalmente como atributo fundamental na organização de sistemas de saúde para prover melhorias na prestação do cuidado (MC DONALD et al., 2014). Além de proporcionar avanços em termos de acesso, qualidade e continuidade da atenção, seja integrando serviços e ações entre diferentes níveis, seja no interior de um mesmo nível do sistema de saúde (ALMEIDA, GIOVANELLA, NUNAN, 2012; MALTA, MERHY, 2010; HAGGERTY, ROBERGE, FREEMAN, BEAULIEU, BRÉTON, 2012).

Historicamente, Starfield (2002) propôs um conceito do atributo coordenação pautado na harmonia entre os níveis de atenção e com a articulação, por meio da informação, entre usuários e os serviços. A coordenação de cuidados é um processo que visa integrar ações e serviços de saúde no mesmo ou em diferentes níveis de atenção. De modo que o planejamento e a assistência são caracterizados pela atuação multiprofissional com mecanismos e instrumentos específicos. Estes definem fluxos, trocam informações sobre usuários e seu processo assistencial, referenciam e contra referenciam, a fim de monitorar usuários com diferentes necessidades de saúde, facilitando a prestação do cuidado contínuo e integral em local e tempo oportunos (ALELUIA et al., 2017).

Estudos nacionais e internacionais reforçam que a coordenação da atenção colabora para minimizar a fragmentação do cuidado e o aumento da garantia da equidade e do acesso e conseqüente impacto na qualidade dos serviços. Soma-se as experiências de fortalecimento da gestão da clínica, da ampliação da oferta, dos fluxos e distribuição dos profissionais nos diversos níveis de atenção (GIOVANELLA, CAMPOS, 2013;

FRACOLLI et al., 2014). Assim, a coordenação de cuidados tem sido considerada central para o acompanhamento de usuários com doenças crônicas (HUDON et al., 2015; LAMOTHE, SYLVAIN, 2015; SYLVIE, RAYNALD, DOMINIQUE et al, 2017), na saúde da criança (BASSILIOS et al., 2017).

4.3.1 Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária à Saúde

Sobre as particularidades nacionais e internacionais das concepções de APS, observa-se que são poucas as pesquisas relacionadas à avaliação da APS. Em revisão sistemática da literatura realizada por Fracolli et al. (2014) foram identificados oito estudos nos quais foram utilizados cinco instrumentos para avaliar a APS sendo eles: *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET); *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP) e *General Practic Assessment Questionnaire* (GPAQ), Aplicativo para Atenção Primária em Saúde (PACOTAPS); e *Primary Care Assessment Tool* (PCATools).

O instrumento *WHO Primary Care Evaluation Tool* (PCET) engloba as funções dos sistemas de saúde, tais como governança, financiamento e geração de recursos, bem como as características de um bom atendimento primário como: a acessibilidade, a integralidade, a coordenação e a continuidade visando uma abordagem estruturada. O *ADHD Questionnaire for Primary Care Providers* (AQ-PCP) foi desenvolvido para avaliar os prestadores de cuidados primários, as atividades clínicas na identificação da TDAH. O instrumento PACOTAPS é um aplicativo para APS que possibilita através de dados secundários (idade, sexo, demandas e outros) a avaliação de serviços básicos da APS. O instrumento *General Practice Assessment Questionnaire* (GPAQ) proporciona identificar opinião dos usuários sobre os cuidados primários prestados, por meio dos aspectos gerais de acesso, aspectos interpessoais e continuidade de cuidados.

Quanto aos instrumentos *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) (STARFIELD, XU, SHI, 2001; HARZHEIM et al., 2006) e o *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP) (GROL, WENSING, 2000; MISHIMA et al. 2010; BRANDAO, GIOVANELLA, CAMPOS, 2013) observa-se que estão sendo utilizados no Brasil (FRACOLLI et al., 2014). Isto posto, o PCATool prevalece como o instrumento mais utilizado no país para avaliar a APS, configurando-se como uma importante ferramenta para mensurar a qualidade dos serviços primários e subsidiar os processos de gestão dos recursos, além de contribuir para repensar as práticas

profissionais (DAMACENO, BANDEIRA, WEILLER, 2018). Elaborado em três versões “Adulto”, “Criança” e “Profissionais”, pauta-se em atributos essenciais (acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação da atenção) e derivados (orientação familiar e comunitária) (STARFIELD, XU, SHI, 2001; HARZHEIM et al., 2006).

O instrumento EUROPEP foi desenvolvido para fornecer *feedback* para a melhoria da prática, do desempenho e da organização dos cuidados dos profissionais médicos de família da APS, estando constituído por três partes: Indicadores chaves (relação e comunicação, cuidados médicos, informação e apoio, continuidade e cooperação, e organização dos serviços); Indicadores de áreas específicas de satisfação (consulta, marcação e acessibilidade, características dos profissionais, condições do centro de saúde e os serviços prestados) e Informações sobre os usuários (dados socioeconômicos e de saúde e atitudes após a experiência) (GROL, WENSING, 2000; BRANDAO, GIOVANELLA, CAMPOS, 2013).

Outro instrumento, ainda que não relacionado nos achados da revisão sistemática realizada por Fracolli et al. (2014), mas que se vincula para avaliar a APS no Brasil é o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Possui, dentre seus objetivos, a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da APS, com garantia de um padrão de qualidade comparável nacional, regional e localmente. De modo a permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais, direcionadas à APS em todo o território nacional (BRASIL, 2013).

Apesar da relevância do tema para o sistema de saúde brasileiro, instrumentos que realmente possam avaliar e medir a capacidade da APS de coordenar RAS não haviam sido citados na literatura até 2013. Em vista disso, o COPAS, elaborado por Rodrigues em 2013, foi aquele que melhor aliou as diretrizes do SUS no apoio aos trabalhadores e gestores de saúde para diagnóstico situacional das potencialidades e fragilidades da APS, bem como na coordenação das redes de atenção (LIMA et al., 2019).

O instrumento COPAS é composto por 78 itens, divididos em cinco dimensões, que representam condições essenciais para qualificar a APS no desempenho da coordenação das RAS: População - 14 itens, Atenção Primária à Saúde - 18 itens, Sistemas de Apoio - 14 itens, Sistemas Logísticos - 15 itens e Sistemas de Governança - 13 itens. As questões do instrumento possuem cinco opções de respostas em uma escala de Likert, que variam de “Discordo Totalmente” a “Concordo Totalmente”. As dimensões e sua definição estão representadas no Quadro 6. Contém, também, um campo com dados

de identificação, caracterização da unidade de ESF e caracterização do participante da pesquisa (RODRIGUES, 2013).

Mediante análises por meio do *Alfa Cronbach*, o COPAS apresentou para cada dimensão (População, Cuidados de saúde primários, Sistemas de suporte, Sistemas logísticos e Sistemas de gestão) valores que variaram de 0,655 e 0,865. As dimensões "População" e "Sistemas de Suporte" apresentaram os valores mais baixos (0,655) e os mais altos (0,865), respectivamente. Esses valores expressam a consistência interna, sendo esta uma medida satisfatória da confiabilidade. Também, em análise Multitraço-multimétodo, apresentou a validade convergente, de acordo com o critério adotado (correlação entre o item e a dimensão a que pertence $> 0,30$ para estudos iniciais), o que foi considerado satisfatório para a maioria dos itens (RODRIGUES, 2013; RODRIGUES et al., 2015).

5 MÉTODOS

5.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo tipo transversal analítico (ROUQUAYROL, 2013). Nos estudos transversais observa-se um fenômeno num determinado período sem interferir de forma alguma, descrevendo fator e efeito e evidenciando as características e correlações do que está sendo analisado naquele momento. Por sua vez, em estudos analíticos examinam a existência de associação entre uma exposição ou condição relacionada à saúde (ROUQUAYROL, 2013).

5.2 Campo de estudo

O estudo foi desenvolvido na Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Os serviços do SUS de Porto Alegre estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DS), que vêm a constituir oito Gerências Distritais (GD). As GD são estruturas administrativas e gestoras regionais, que também constituem espaços de discussão, prática e operacionalização das estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS. No município, estão distribuídas em oito regiões de saúde: Centro (CENTRO), Leste/Nordeste (LENO), Sul/Centro-Sul (SCS), Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC), Norte/Eixo Baltazar (NEB), Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP), Noroeste/Humaitá/Ilhas (NHNI) e Restinga/Extremo Sul (RES) (PORTO ALEGRE, 2017).

A cobertura populacional estimada pela APS no município é de 62,5% da população. Se contabilizada somente a cobertura populacional pelas ESF implantadas, se tem 48,2%, sendo 207 equipes completas. A cobertura populacional estimada por agente comunitário de saúde (ACS) foi de 29,5% em 2017 conforme Quadro 3 (PORTO ALEGRE, 2017).

Quadro 3 - Número de Unidades de Saúde de Atenção Primária, de Equipes de Saúde da Família, de Equipes de Agentes Comunitários de Saúde, de Agentes Comunitários de Endemias, de Núcleos de Apoio à Saúde da Família e atenção às populações específicas (eCR, EMSI, ESP e ESSE), por Gerência Distrital. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.

Gerência Distrital	População*	US**	US com ESF	ESF implantadas MS	Cobertura ESF implantadas MS(%)	EACS	Cobertura APS (%)**	ACS	Cobertura ACS (%)*	ACE	NASF	eCR	EMSI	ESP	ESSE
Centro	291.424	3	3	7	8,3	0	18,5	32	6,3	34	0	1	0	0	0
GCC	157.235	24	21	33	72,4	2	88,4	108	39,5	14	1	0	0	1	6
LENO	158.755	23	19	31	67,4	2	86,9	120	43,5	10	2	0	0	0	0
NEB	200.016	26	20	41	70,7	1	85,4	141	40,5	13	2	0	0	0	0
NHNI	192.535	14	11	33	59,1	2	74,8	82	24,5	11	2	1	0	0	0
PLP	181.945	21	16	28	53,1	4	67,3	107	33,8	15	0	0	1	3	0
RES	98.566	12	10	14	49,0	6	56,3	83	48,4	9	0	0	0	0	0
SCS	200.543	17	12	20	34,4	4	51,0	86	24,7	12	0	0	0	0	0
Porto Alegre	1.481.019	140	112	207****	48,2	21****	62,5	759	29,5	118	7	2	1	4	6

Fonte: PORTO ALEGRE, 2017

Notas: *SCNES e IBGE Estimativa 2016; **SMS/CGAPS/IMESF. ***SCNES Competência de julho 2017. ****207 ESF implantadas + 3 ESF desativadas + 21 EACS = 231 Equipes. US = Unidade de Saúde; ESF = Estratégia de Saúde da Família; EACS = Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde; ACS = Agente Comunitário de Saúde; ACE = Agente de Combate às Endemias; NASF = Núcleos de Apoio a Saúde da Família; eCR = Equipe Consultório na Rua; ESP = Equipe de Saúde Prisional; EMSI = Equipe Multiprofissional de Saúde Indígena; ESSE = Equipes de Saúde Socioeducativo. Cobertura AB, ESF e ACS: Cobertura populacional estimada pela Atenção Básica, pelas Equipes de Saúde da Família e por Agente Comunitário de Saúde (SISPACTO, DAB/MS).

5.3 População e amostra

De acordo com o Relatório de Gestão do segundo quadrimestre de 2017 do município de Porto Alegre, são 2.804 trabalhadores da saúde na APS (ANEXO A), os quais constituem a população deste estudo.

Para seleção das Unidades de Saúde utilizou-se a amostragem aleatória sistemática, através de uma relação com ordenamento alfabético das Gerências Distritais e suas respectivas Unidades de Saúde, considerando como critério o tipo de modelo assistencial (UBS e ESF). Desse modo, incluíram-se duas Unidades de Saúde na GD CENTRO, seis Unidades de Saúde na GD Leste/Nordeste (LENO), seis Unidades de Saúde na GD Norte/Eixo Baltazar (NEB), quatro Unidades de Saúde na GD Restinga/Extremo Sul (RES), seis Unidades de Saúde na GD Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC), quatro Unidades de Saúde na GD Noroeste/Humaitá/Ilhas (NHNI), seis Unidades de Saúde na GD Sul/Centro-Sul (SCS) e seis Unidades de Saúde na GD Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP).

Foram selecionadas 41 Unidades de Saúde, o que corresponde a 25% do total de unidades existentes. Para o cálculo do quantitativo de Unidades de Saúde foi considerado: o número total de Unidades de APS e a representatividade de cada Gerência Distrital (GD) por trabalhadores de saúde, conforme especificado no Quadro 4.

Quadro 4 – Unidades de Saúde selecionadas conforme as Gerências Distritais. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.

Unidade de Saúde (US)	Gerência Distrital
US Modelo	CENTRO
US Santa Cecília (HCPA)	
US Chácara da Fumaça	LENO
US Vila Jardim	
US Morro Santana	
US Mato Sampaio	
US Timbauva	
US Vila Pinto	
US Wenceslau Fontoura	
US Assis Brasil	

US Esperança cordeiro	
US Nova Gleba	
US Planalto	
US Rubem Berta	
US Santo Agostinho	
US Quinta Unidade	RES
US Lami	
US Núcleo Esperança	
US Restinga	
US Belém Velho	GCC
US Cruzeiro do Sul	
US Glória	
US Mato Grosso	
US Osmar Freitas	
US Vila Cruzeiro	
US Diretor Pestana	NHNI
US Farrapos	
US Mário Quintana	
US Nazaré	
US Alto Erechim	SCS
US cidade de Deus	
US São Vicente Martir	
US Ipanema	
US Jardim das Palmeiras	
US Nonoai	
US São Pedro	PLP
US Esmeralda	
US Morro da Cruz	
US Bananeiras	

US Pequena Casa da Criança	
US São Miguel	

Fonte: Dados da pesquisa (2020)

Para a seleção dos participantes utilizou-se a amostragem por cotas, estratégia que visa identificar os estratos de uma população e descobrir quantas pessoas são necessárias para garantir que diversos segmentos sejam representados na amostra (POLIT e BECK, 2019). Para este estudo consideraram-se as categorias profissionais e o número de trabalhadores, segundo relatório de gestão de 2017, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (PORTO ALEGRE, 2017).

Para o cálculo da amostra mínima foi considerado um nível de confiança de 95% ($Z=1,96$), variância da amostra de 50%, margem de erro de 5%, totalizando 337 trabalhadores da saúde, acrescido de 10% de perdas. Assim, a amostra mínima total foi de 371 trabalhadores da saúde conforme Quadro 5.

Quadro 5 – Categoria profissional com População (N) e Amostra (n) dos profissionais atuantes nas Unidades de Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.

Categoria profissional	População (N)	Amostra (n)
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	756	100
Técnico em Enfermagem	510	67
Enfermeiro	318	42
Médico Ginecologista/Pediatra	289	38
Auxiliar de Enfermagem	249	33
Médico da Família/Geral	211	28
Cirurgião Dentista	156	21
Auxiliar de Saúde Bucal (ASB)	117	15
Agente de Combate a Endemias (ACE)	88	12
Técnico em Saúde Bucal	66	9
Assistente Social/Farmacêutico	44	6
Total	2.804	371

Fonte: Dados da Pesquisa (2020)

A captação dos profissionais nas Unidades de Saúde ocorreu conforme os critérios de inclusão e exclusão e manifestação do interesse em participar. Como critério de inclusão foram considerados trabalhadores da saúde que atuavam nas Unidades de APS por um período mínimo de seis meses, independentemente da categoria profissional.

Foram excluídos os trabalhadores da saúde que não estivessem em exercício de suas funções no período da coleta de dados.

5.4 Instrumento de pesquisa

Utilizou-se o Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária (COPAS) (ANEXO B), elaborado por Rodrigues (2013), baseado em *check list* proposto por Mendes (2011). O COPAS possui validade semântica e propriedades psicométricas, além de ser um instrumento abrangente, englobando diversas dimensões de coordenação de gerenciamento de cuidados de saúde, sendo elas: população, cuidados de saúde primários, sistemas de suporte, sistemas logísticos e sistemas de gestão (RODRIGUES, 2013; RODRIGUES et al., 2014). É um instrumento válido e confiável e pode ser utilizado por pesquisadores, gestores e profissionais de saúde para auditar e melhorar a coordenação de serviços de saúde com base em cinco dimensões apresentadas no Quadro 6.

Quadro 6 - Dimensões do Instrumento de Pesquisa – COPAS para avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.

Dimensões	Definição	Itens
População	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
Atenção Primária à Saúde	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
Sistemas de Apoio	Compostos dos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistemas de teleassistência.	15
Sistemas Logísticos	Consistem no registro eletrônico, sistemas de acesso e regulação e os sistemas de transporte.	16
Sistemas de Governança	Criados para toda a Rede com o propósito de instituir uma missão, visão e estratégias únicas para os serviços	14

	de saúde que a compõem.	
--	-------------------------	--

Fonte: Adaptado de Mendes, 2011; Rodrigues et al., 2014; Popolin, 2014

5.4 Coleta de dados

Para a etapa de coleta de dados, visando apresentar a proposta do estudo, foram contatadas a Coordenação de Atenção Primária da SMSPA e a Coordenação do Serviço de Atenção Primária do HCPA, pois uma das Unidades de Saúde é de responsabilidade dessa Instituição de Saúde. Posteriormente, foram agendadas reuniões nas oito GD para que as Coordenações das Unidades de Saúde fossem comunicadas da realização do estudo.

A coleta de dados ocorreu de novembro de 2018 a maio de 2019, por um discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFRGS (nível doutorado) e auxiliares de pesquisa, nos turnos da manhã e da tarde. Houve uma capacitação mediante estudo prévio do instrumento de coleta de dados e utilização de um manual de orientações (APÊNDICE A). Assim, cada auxiliar recebeu um crachá de identificação, materiais de escritório e os seguintes materiais impressos: um protocolo de pesquisa, tabela com número de profissionais por GD e por Unidade de Saúde e um mapa do município de Porto Alegre com as Gerências Distritais (GD).

Os auxiliares de pesquisa faziam contato por telefone previamente com a Coordenação da Unidade e agendavam data para participação nas reuniões de equipe. Ao chegar em cada Unidade de Saúde, os auxiliares explicavam os objetivos da pesquisa, nas reuniões de equipe, e a seguir, entregavam os instrumentos, levando em consideração o número de profissionais por categoria profissional para composição da amostra.

Os participantes eram informados que o tempo previsto para responder as perguntas do instrumento seria em torno de 20 minutos e que teriam a opção de responder no ato da entrega ou posteriormente, quando então os auxiliares de pesquisa retornavam ao local para retirada, no prazo de sete dias.

5.5 Análise de dados

Os dados obtidos nas respostas do instrumento foram organizados em planilhas do Programa *Microsoft Excel*® com dupla digitação. As análises estatísticas foram

realizadas por meio do Programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS®), versão 18.0.

Foi utilizado o coeficiente de *Alfa de Cronbach* para verificar a consistência interna. O coeficiente vai de 0 a 1, sendo que 0 indica ausência total de consistência interna dos itens e 1 indica presença de consistência de 100%. Consideram-se valores superiores a 0,70 como consistência interna satisfatória (HAIR et al., 2005). A distribuição de normalidade das variáveis foi avaliada pelo Teste de Shapiro Wilk, recomendado para amostras com menos de 2.000 observações (SHAPIRO; WILK, 1965).

Para análise dos dados utilizou-se estatística inferencial com a comparação das variáveis através da aplicação dos Testes de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Os escores foram construídos considerando a soma de cada valor das opções de resposta da escala Likert (Discordo Totalmente = 1; Discordo = 2; Não Concordo/Nem Discordo = 3; Concordo = 4 e Concordo Totalmente = 5) atribuído por cada participante e dividindo-o pelo total possível da dimensão, resultando em uma proporção para cada respondente. Para o escore final de cada dimensão foi considerada a média das proporções de todos os respondentes, gerando a porcentagem final (PEDROSO, 2012).

Para a definição do estágio de desenvolvimento da APS em coordenar as RAS foram adotados os escores propostos por Popolin et al. (2016) e Popolin (2017): 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*) descritos no Quadro 7. O cálculo do escore global foi realizado através do somatório das respostas aos itens dividido pelo número de respondentes x 100. Para as análises estatísticas foi considerado nível de significância de 5%.

Quadro 7 – Escores para classificação da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde por globalidade e atributos. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. 2020.

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: Popolin (2017)

5.6 Aspectos éticos

O estudo foi desenvolvido de acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras envolvendo pesquisa em seres humanos. Foram respeitados os preceitos básicos da bioética sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, que visam a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao estado (BRASIL, 2012).

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (COMPESQ-UFRGS). Foi obtida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFRGS (CEP UFRGS – CAAE 90500718.1.0000.5347) como instituição proponente e dos Comitês de Ética das instituições coparticipantes: Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CEP SMS PMPA – CAAE 90500718.1.3002.5338) e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP HCPA – CAAE 90500718.1.2001.5327).

Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, destacam-se o respeito à dignidade e autonomia dos indivíduos, garantindo a ponderação entre riscos e benefícios, atuais e potenciais, individuais e coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o

mínimo de danos e riscos. Foi assegurado, que danos previsíveis fossem evitados, bem como ressaltada a relevância social da pesquisa (BRASIL, 2012).

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa foram mínimos, os quais estavam relacionados ao tempo dedicado para participar do estudo e a possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado. Nesse caso, foi oportunizado ao participante interromper sua participação a qualquer momento. A participação no estudo não trouxe benefício pessoal para o participante, porém contribuiu para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados podem auxiliar a realização de estudos futuros. Os possíveis benefícios relacionam-se para a população a médio e longo prazo, pois os resultados da pesquisa podem contribuir para o planejamento e estruturação das Redes de Atenção à Saúde.

Os participantes receberam as informações a respeito da pesquisa, e participaram mediante a assinatura, em duas vias, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Foram garantidos a privacidade e o anonimato dos participantes.

Os instrumentos de pesquisa, TCLE e o HD externo com a tabulação dos dados ficarão sob responsabilidade dos pesquisadores por um período de cinco anos, e serão utilizados apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa, após, serão excluídos.

6 RESULTADOS

Neste estudo, foi possível verificar as características demográficas dos trabalhadores de saúde, a consistência interna do COPAS, o estágio de desenvolvimento da RAS por modelos de atenção, a comparação entre as dimensões do COPAS com os modelos de atenção à saúde (ESF e UBST) e a comparação entre as dimensões do COPAS com as Gerências Distritais (GD) de Porto Alegre.

A amostra considerada envolveu diferentes categorias profissionais e modelos de atenção, o que favoreceu uma visão interdisciplinar do sistema e possibilitou comparações. Participaram 371 trabalhadores de saúde. Na Tabela 1, observa-se a descrição geral dos participantes. A idade mediana foi de 39 anos, com um intervalo interquartil de 32 a 48 anos. O tempo mediano de serviço na APS foi de 6 anos, com intervalo interquartil de 4 a 10 anos. A maioria dos participantes é do sexo feminino (81,3%). A categoria profissional mais frequente foi ACS, com 27,3% do total, seguida por Médico e Técnico em Enfermagem, representando 17,5% e 16,7% do total, respectivamente. Por fim, 73,9% dos respondentes exerciam atividades no modelo de atenção de ESF.

Tabela 1 - Variáveis sociodemográficas dos trabalhadores da saúde e das Unidades de Saúde participantes do estudo. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.

Variáveis	n (%)
Idade (em anos) *	39 (32-48)
Tempo de serviço na APS (em anos) *	6 (4-10)
Sexo	
Masculino	68 (18,7)
Feminino	303 (81,3)
Gerência Distrital	
Centro	30 (8,4)
Glória/Cruzeiro/Cristal	45 (12,6)
LENO	36 (10,1)
NEB	58 (16,2)
NHNI	49 (13,7)
PLP	57 (15,9)
RES	22 (6,1)
SCS	61 (17,0)
Categoria Profissional	
Agente de Combate a Endemias	13 (3,5)
Agente Comunitário de Saúde	100 (27,3)
Auxiliar de Saúde Bucal	19 (5,2)
Assistente Social	3 (0,8)
Auxiliar de Enfermagem	33 (6,6)

Cirurgião Dentista	32 (8,7)
Enfermeiro	42 (11,5)
Farmacêutico	3 (0,8)
Médico	64 (17,5)
Técnico em Enfermagem	67(16,7)
Técnico em Saúde Bucal	5 (1,4)
Modelo de Atenção à Saúde	
Estratégia de Saúde da Família	274 (73,9)
Unidade Básica de Saúde Tradicional	97 (26,1)

*Mediana (Intervalo interquartilico)

Fonte: Dados da Pesquisa (2020)

A fidedignidade do instrumento, avaliada por meio do coeficiente *Alfa de Cronbach*, demonstrou que todas as dimensões tiveram coeficientes acima de 0,70. Portanto, com consistência interna satisfatória, conforme Tabela 2. Apenas as dimensões Sistemas Logísticos e Sistemas de Governança tiveram um coeficiente abaixo de 0,70 no limite inferior do Intervalo de Confiança.

Tabela 2 - Coeficientes de Consistência Interna (*Alfa de Cronbach*) para cada uma das dimensões. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.

Dimensão	Coeficiente Alfa	IC 95%
População	0,75	[0,71; 0,80]
Atenção Primária à Saúde	0,74	[0,70; 0,79]
Sistemas de Apoio	0,74	[0,70; 0,79]
Sistemas Logísticos	0,73	[0,68; 0,78]
Sistemas de Governança	0,73	[0,68; 0,78]

Fonte: Dados da Pesquisa (2020)

Considerando as dimensões do COPAS, são apresentados os itens com os respectivos percentuais para “Discordo Totalmente”; “Discordo”; “Nem concordo/Nem discordo”; “Concordo” e “Concordo Totalmente”.

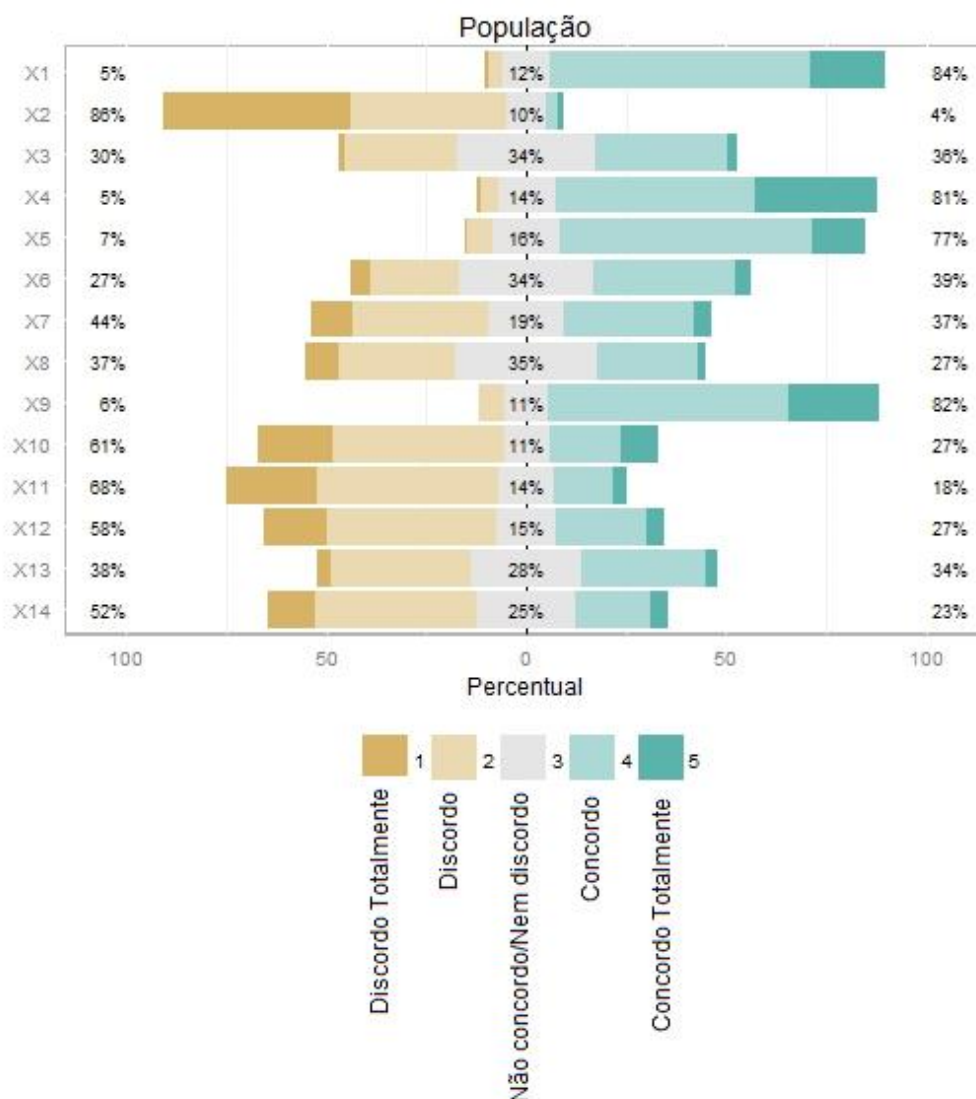
Com relação aos itens da dimensão “População” (Figura 6) o percentual de respostas “Concordo e Concordo Totalmente” foram os seguintes:

- item 01 (*Há uma população definida sob os cuidados das equipes de Atenção Primária à Saúde - APS*) com 84%;
- item 04 (*A APS está dividida em áreas e micro-áreas com uma população definida*) com 81%;

- item 05 (*A APS possui um formulário/ sistema de informação que controla e organiza os atendimentos de saúde da população no município e região*) com 77%;
- item 06 (*Este formulário/ sistema de informação considera a realidade e problemas da população*) com 39%;
- item 07 (*Todas as demandas para especialistas efetuadas pela APS são atendidas pelos serviços especializados e a equipe conhece os serviços*) com 37%
Discordo e Discordo Totalmente;
- item 08 (*Todas as demandas de internação hospitalar efetuadas pela APS são atendidas e a equipe conhece os serviços*) com 27%;
- item 09 (*As pessoas e famílias que estão sob os cuidados da APS estão cadastradas na unidade*) com 82%;
- item 11 (*As famílias estão classificadas de acordo com as condições sociais*) com 18%;
- item 13 (*A população está classificada de acordo com os fatores de risco para o adoecimento*) com 34%;
- item 14 (*A população está classificada na APS de acordo com o seu diagnóstico médico*) com 23%.

Para os itens cujas respostas devem ser consideradas invertidas, no item 02 (*Os profissionais da APS não buscam saber sobre as necessidades de saúde da população que está sob seus cuidados*) obteve-se 86% Discordo e Discordo Totalmente; no item 10 (*O cadastramento da população na APS não é feito por família*), 61% e no item 12 (*A população não está classificada por sexo, idade e outros*), 58% Discordo e Discordo Totalmente.

Figura 6 - Dimensão População e itens que compõem o COPAS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

Com relação à dimensão “Atenção Primária à Saúde” (Figura 7) são apresentados os itens com percentual de respostas “Concordo e Concordo Totalmente”:

- item 16 (*Há uma equipe multiprofissional com responsabilidades claras de cada membro na APS*) com 52%;

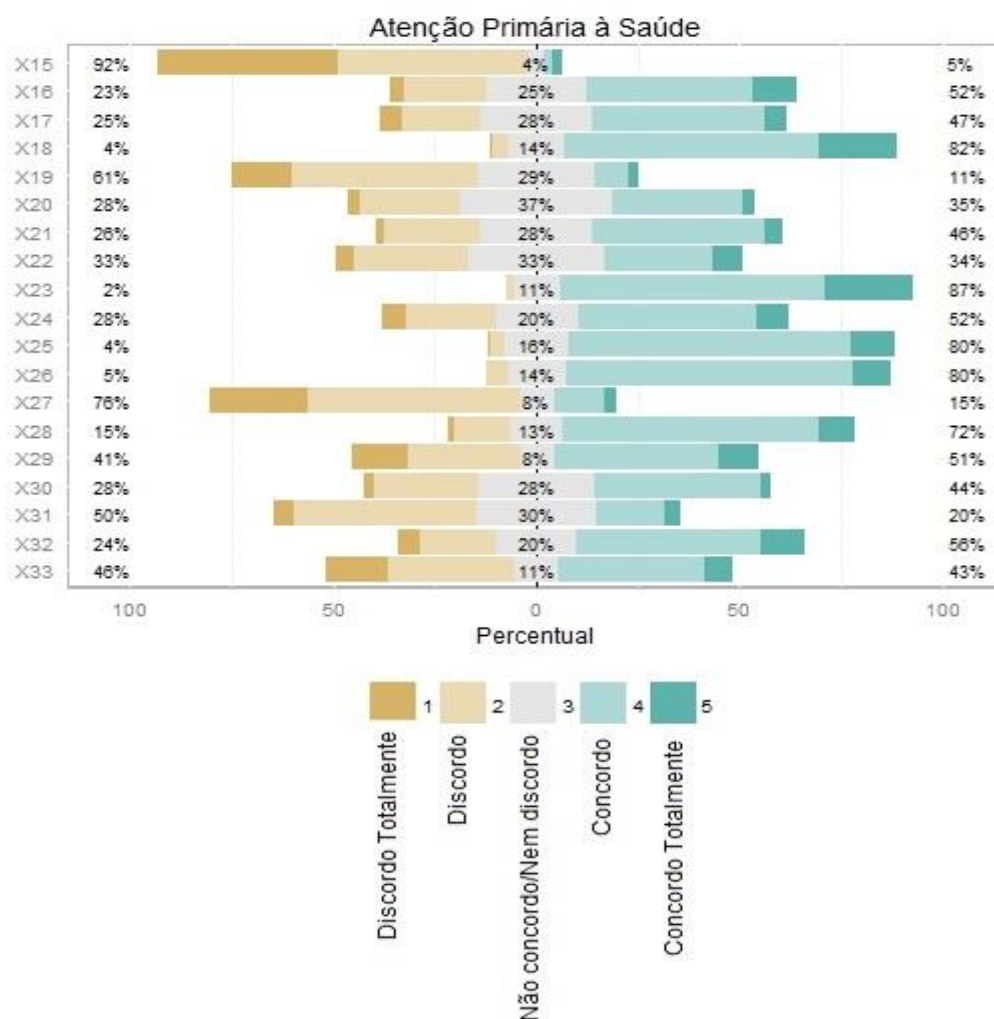
- item 17 (*As responsabilidades da equipe multiprofissional da APS para atendimento dos diferentes problemas de saúde são definidas a partir de normas específicas do município*) com 47%;

- item 18 (*O encaminhamento da APS é necessário para ter acesso aos outros níveis de atenção à saúde*) com 82%;

- item 21 (*A APS possui sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais*) com 46%
- item 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*) com 34%;
- item 23 (*Há um vínculo entre as equipes de APS e os usuários e suas famílias*) com 87%;
- item 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*) com 52%;
- item 25 (*A APS está organizada para prestar os cuidados às mulheres e às crianças, segundo normas específicas do município*) com 80%;
- item 26 (*A APS está organizada para prestar os cuidados aos adolescentes e aos idosos, segundo normas específicas do município*) com 80%;
- item 28 (*A APS está organizada para fazer o acompanhamento das crianças, dos adolescentes e dos idosos segundo normas específicas do município*) com 72%;
- item 29 (*O prontuário do usuário utilizado na APS está organizado por família*) com 51%;
- item 30 (*As equipes da APS utilizam rotineiramente instrumentos de abordagem familiar - genograma, listagem de problemas familiares e outros*) com 44%;
- item 32 (*Os ACS estão capacitados para articular as equipes com as organizações de bairro, religiosas, etc*) com 56%.

Para os itens cujas respostas devem ser consideradas invertidas, o item 15 (*A equipe de APS não tem responsabilidades pela população que está sob seus cuidados*) com 92% Discordo e Discordo Totalmente; o item 19 (*Não há incentivos para os usuários adotarem a APS como porta de entrada*) com 61% Discordo e Discordo Totalmente e o item 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*) com 76% Discordo e Discordo Totalmente.

Figura 7 - Dimensão Atenção Primária à Saúde e itens que compõem o COPAS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da Pesquisa (2020)

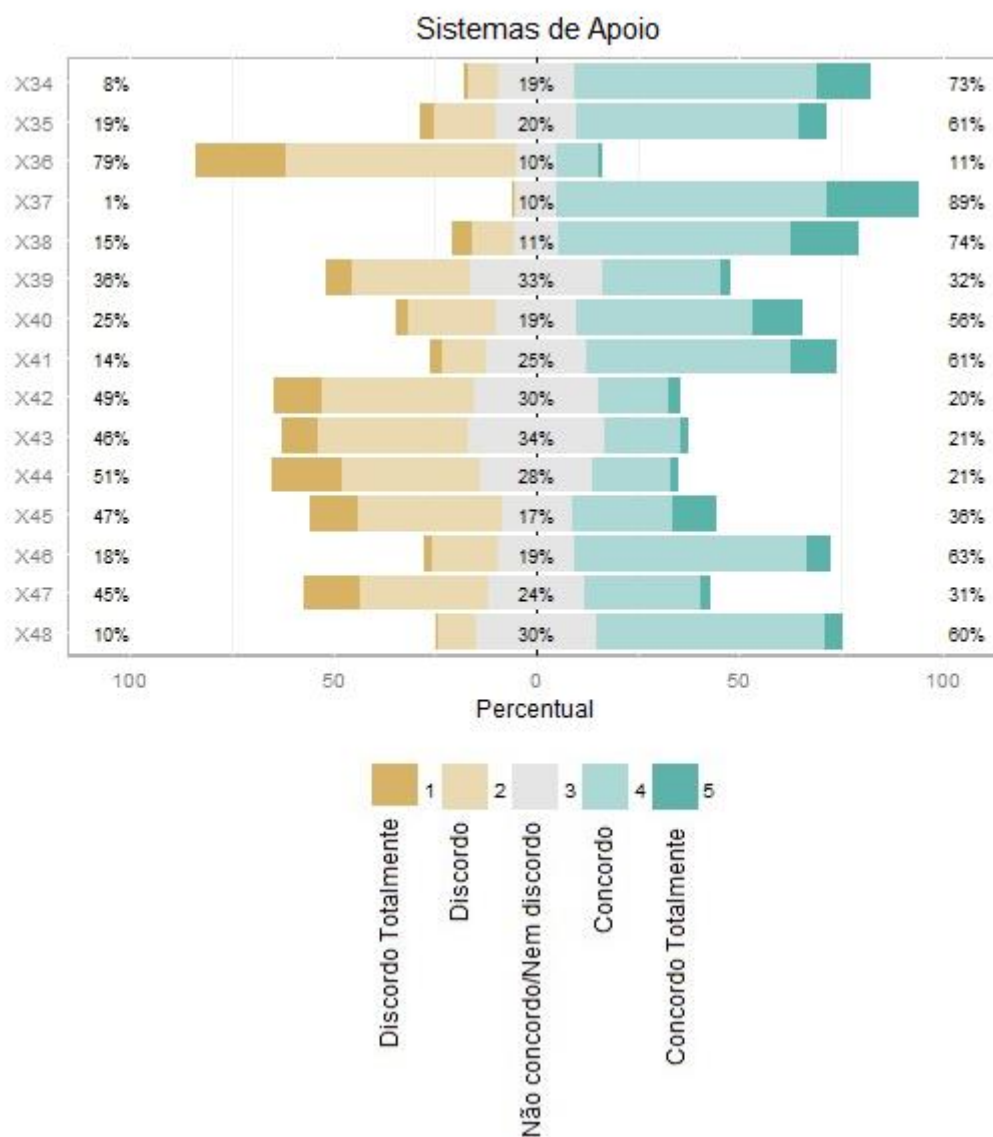
Com relação à dimensão “Sistemas de Apoio” (Figura 8) são apresentados os itens com percentual de respostas “Concordo e Concordo Totalmente”:

- item 34 (*A farmácia da APS conta com medicamentos definidos a partir de normas específicas do município*) obteve 34%;
- item 35 (*A farmácia da APS dispõe de medicamentos relacionados aos problemas de saúde da população que está sob seus cuidados*) com 61%;
- item 37 (*A farmácia da APS armazena os medicamentos e produtos farmacêuticos*) com 89%;
- item 38 (*A farmácia da APS contempla os mecanismos para distribuição controlada dos medicamentos e produtos farmacêuticos*) com 74%;

- item 41 (*A farmácia da APS orienta os usuários quanto aos medicamentos utilizados*) com 61%;
- item 46 (*Há normas específicas do município que orientam a indicação dos exames como raios X, ultrassom, mamografia e outros e sua interpretação*) com 63%;
- item 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*) com 60%;
- item 39 (*A farmácia da APS identifica, mede e compara os custos e os resultados da utilização dos medicamentos*) com 32%;
- item 42 (*A farmácia da APS dispõe de recursos para a avaliação da interação entre medicamentos*) com 20%;
- item 43 (*A farmácia da APS realiza avaliações da adesão dos usuários aos tratamentos medicamentosos*) com 21%;
- item 44 (*A farmácia da APS tem conhecimento para identificar e prevenir os efeitos colaterais dos medicamentos*) com 21%;
- item 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*) com 31%.

Para os itens cujas respostas devem ser consideradas invertidas, no item 36 (*A farmácia da APS não dispõe de formulários/sistema de informação para a solicitação de medicamentos e produtos farmacêuticos a uma Central*) identificou-se 79% Discordo e Discordo Totalmente, seguido do item 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*) com 47%.

Figura 8 - Dimensão Sistemas de Apoio e itens que compõem o COPAS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da Pesquisa (2020)

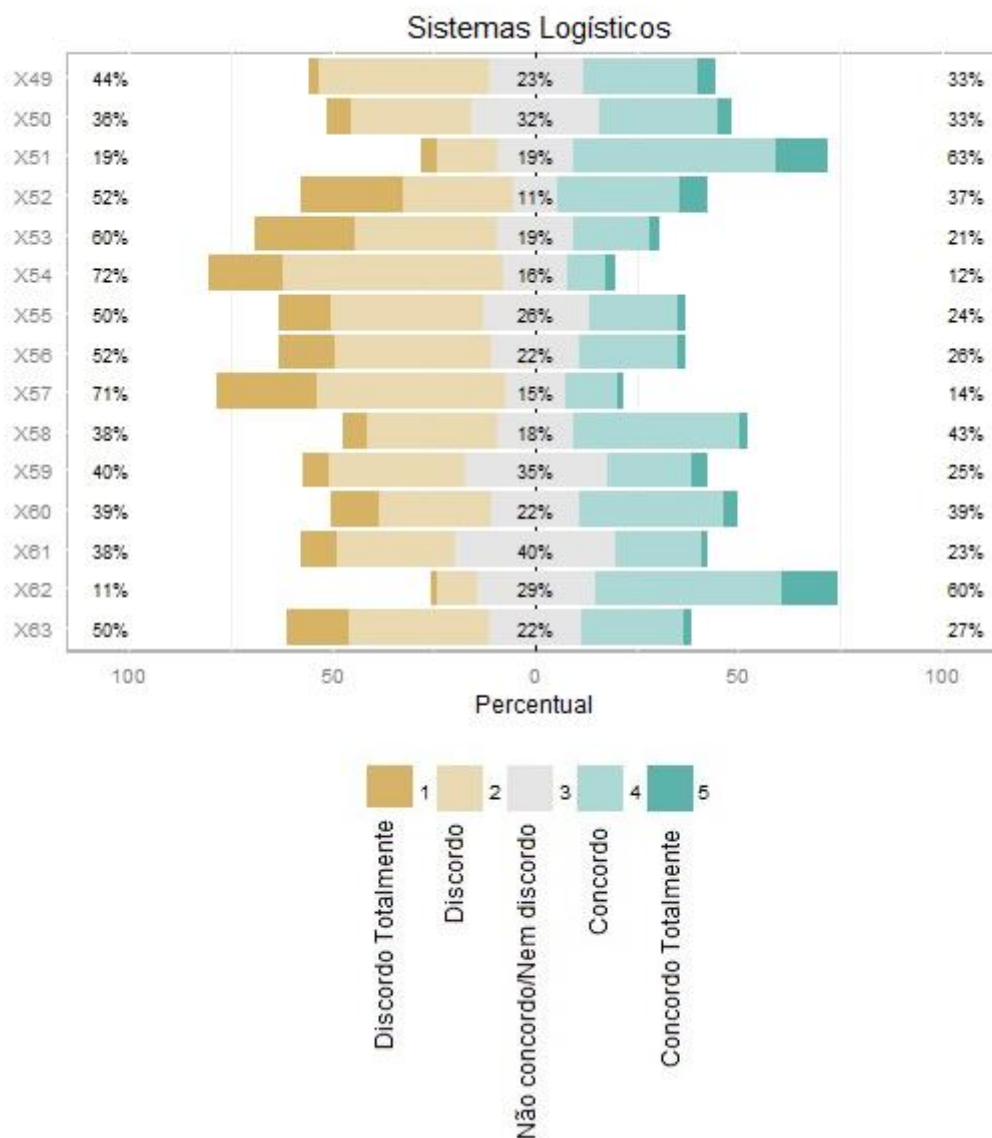
Com relação à dimensão “Sistemas Logísticos” (Figura 9) são apresentados os itens com percentual de respostas “Concordo e Concordo Totalmente”:

- item 51 (*Há um cartão específico da APS para identificar o usuário, família e microárea, quando eles se apresentam a unidade de saúde*) com 63%;
- item 58 (*A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análise clínica, imagem e patologia clínica*) com 43%;
- item 62 (*Não há veículos adequados para transportar usuários nas consultas e exames agendados*) com 60%;

- item 50 (*Há um sistema de informação que incorpora toda população cadastrada na APS e a classifica em subpopulações por riscos*) com 36%;
- item 52 (*Há um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado em todos os serviços públicos de saúde do município*) com 33%;
- item 53 (*Esse prontuário familiar eletrônico único integra as informações de todos os serviços públicos de saúde do município*) com 21%;
- item 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*) com 24%;
- item 56 (*A equipe da APS agenda diretamente consultas e exames nos serviços especializados*) com 26%;
- item 57 (*A equipe da APS agenda diretamente os atendimentos hospitalares que não são de urgência e emergência*) com 14%;
- item 61 (*O transporte utilizado para urgência/emergência é adequado conforme a necessidade do paciente*) com 23%;
- item 63 (*Há veículos adequados para o transporte de amostras de exames de análise clínicas*) com 27%.

Para os itens cujas respostas devem ser consideradas invertidas, no item 49 (*Não há um sistema de informação na APS que integra as informações epidemiológicas e gerenciais*) identificou-se 44% Discordo e Discordo Totalmente; no item 54 (*O prontuário familiar eletrônico não permite a emissão de receitas eletrônicas*) identificou-se 72% Discordo e Discordo Totalmente e no item 59 (*Não há um sistema de regulação das urgências e emergências com médico regulador permanente que se articula com a APS*) identificou-se 40% Discordo e Discordo Totalmente.

Figura 9 - Dimensão Sistemas Logísticos e itens que compõem o COPAS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da Pesquisa (2020)

Com relação à dimensão “Sistemas de Governança” (Figura 10) são apresentados os itens com percentual de respostas “Concordo e Concordo Totalmente”:

- item 69 (*Há um sistema que monitora e avalia a APS*) com 53%;
- item 72 (*Há profissionais terceirizados na APS*) com 82%;
- item 73 (*Os profissionais atuam conforme os objetivos da APS - promoção, prevenção, reabilitação, tratamento, diagnóstico e educação - e são incentivados para tal*) com 56%;

- item 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*) com 74%;

- item 77 (*O pagamento dos prestadores de serviços terceirizados - laboratórios, hospitais e clínicas - se dá através do orçamento do município*) com 43%;

- item 78 (*As equipes da APS não são consultadas sobre prioridades da sua área para a aplicação dos recursos financeiros*) com 47%;

- item 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*) com 15%;

- item 66 (*A organização da APS tem ocorrido com a participação ativa do secretário de saúde, trabalhadores e usuários*) com 17%;

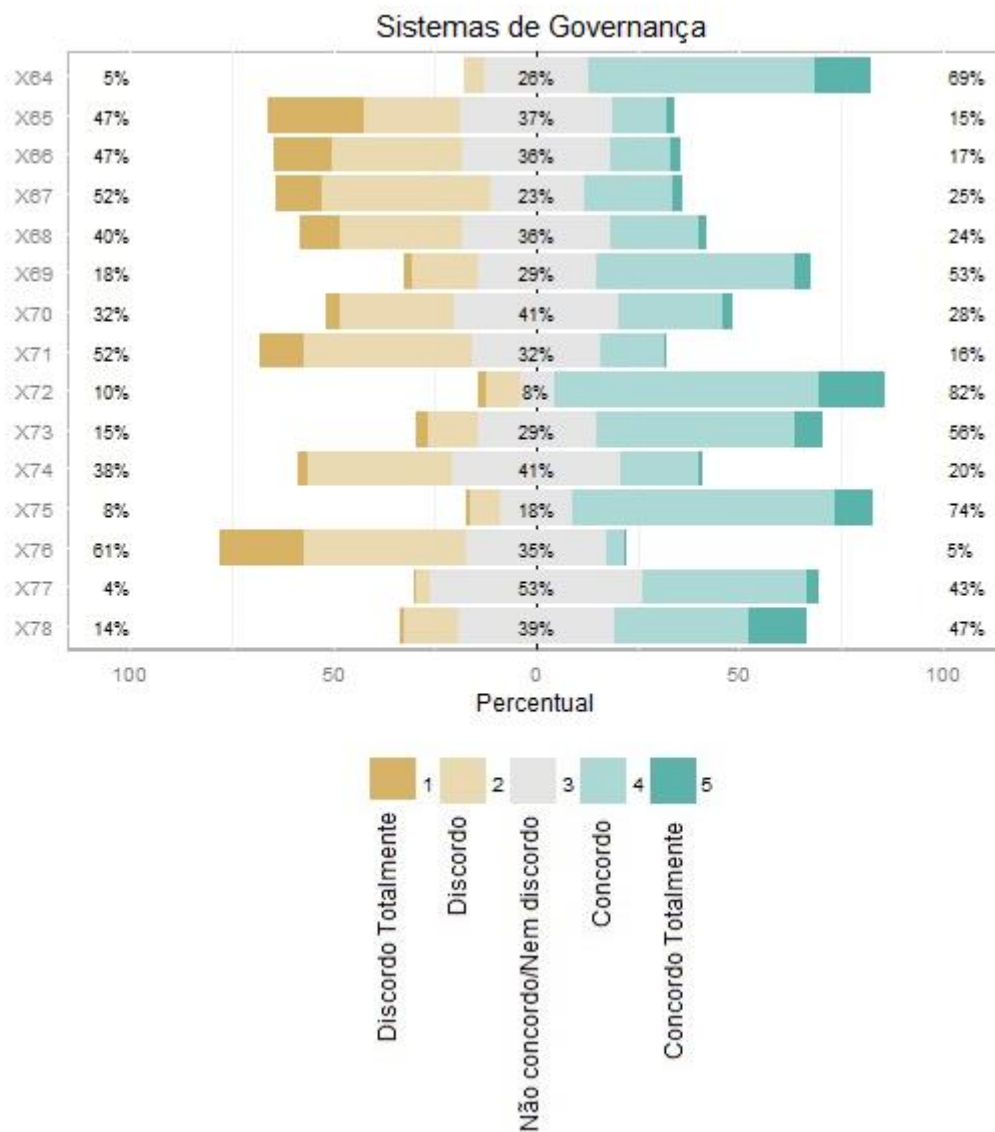
- item 68 (*A missão, visão e os valores da APS são estabelecidos, conhecidos e compartilhados pelo secretário de saúde, trabalhadores e usuários*) com 24%;

- item 76 (*Os incentivos financeiros para os serviços de APS estão de acordo com os seus objetivos*) com 05%;

Para os itens cujas respostas devem ser consideradas invertidas, no item 67 (*A equipe da APS não está organizada para planejar as ações, considerando os problemas da população que está sob seus cuidados*) identificou-se 52% Discordo e Discordo Totalmente e no item 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*) identificou-se 52% Discordo e Discordo Totalmente.

Já no item 70 (*Esse sistema contempla a avaliação dos usuários*), o resultado foi de 41% Não concordo/Nem discordo e no item 74 (*Os gerentes da APS, dos serviços especializados e hospital não conhecem e não aderem aos objetivos da APS*) foi de 41% Não concordo/Nem discordo.

Figura 10 – Dimensão Sistemas de Governança e itens que compõem o COPAS. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da Pesquisa (2020)

Para verificar o estágio de desenvolvimento da APS em coordenar as RAS, os escores para cada dimensão estudada foram calculados e classificados conforme proposto por Popolin et al. (2016) e Popolin (2017), considerando os modelos de atenção à saúde. Em todas as dimensões, para ambos os modelos de atenção, obtiveram-se escores com classificação na "Condição boa", entre 50,01% a 75% conforme apresentado na Tabela 3.

Na comparação entre os escores do estágio de desenvolvimento da APS em coordenar as RAS por modelo de atenção à saúde identificou-se o menor escore (UBST 57,3% e ESF 56,4%) na dimensão "Sistemas Logísticos".

Tabela 3 – Estágio de desenvolvimento da Atenção Primária em coordenar as Redes de Atenção por modelo de atenção à saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.

Dimensão	Modelo	
	ESF (%)	UBST (%)
População	60,6	60,9
Atenção Primária à Saúde	63,1	63,2
Sistemas de Apoio	63,6	62,7
Sistemas Logísticos	57,3	56,4
Sistemas de Governança	60,2	61,0

Fonte: Dados da Pesquisa (2020)

Na comparação entre as dimensões do COPAS com os modelos de atenção à saúde (ESF e UBST) não houve diferença significativa entre os escores ($p < 0,005$).

Tabela 4 - Comparação das dimensões do COPAS e modelos de atenção à saúde. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.

Dimensão	Modelo		p-valor
	ESF (%)	UBST (%)	
População	42 (35-49)	42 (37-47)	0,6131
Atenção Primária à Saúde	60 (51-69)	60 (53-67)	0,8825
Sistemas de Apoio	47 (40-54)	46 (40-52)	0,2801
Sistemas Logísticos	45 (36-54)	44 (36-52)	0,3662
Sistemas de Governança	42 (37-47)	42 (37-47)	0,2472

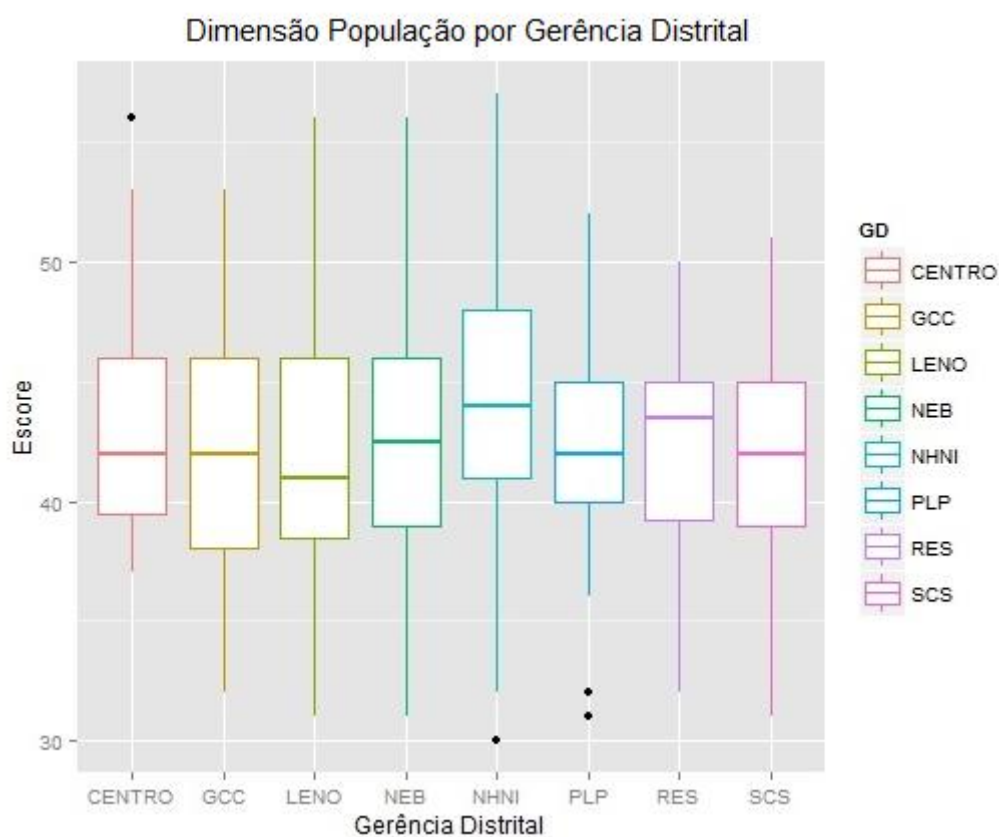
Mediana (IIQ)
Mann-Whitney
Kruskal-Wallis

A seguir são apresentadas as comparações entre as dimensões do COPAS e as Gerências Distritais (GD) através do Teste de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis. Pode-se verificar a mediana, escores máximos e mínimos e *outliers*.

Quando comparada a dimensão “População” com as GD (Figura 11), a GD Centro apresentou escore mínimo 35%, máximo 49% com mediana 42%; a GD Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) escore mínimo 34%, máximo 50% com mediana 42%; a GD Leste/Nordeste (LENO) escore mínimo 33%, máximo 49% com mediana 41%; a GD Norte/Eixo Baltazar (NEB) escore mínimo 35,5%, máximo 49,5% com mediana 42,5%; a GD Noroeste/Humaitá/Ilhas (NHNI) escore mínimo 37%, máximo 51% com mediana

44%; a GD Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP) escore mínimo 37%, máximo 47% com mediana 42%; a GD Restinga/Extremo Sul (RES) escore mínimo 37,5%, máximo 49,5% com mediana 43,5% e a GD Sul/Centro-Sul (SCS) escore mínimo 36%, máximo 48% e mediana 42%. Para as análises não houve diferença significativa ($p = 0,4165$).

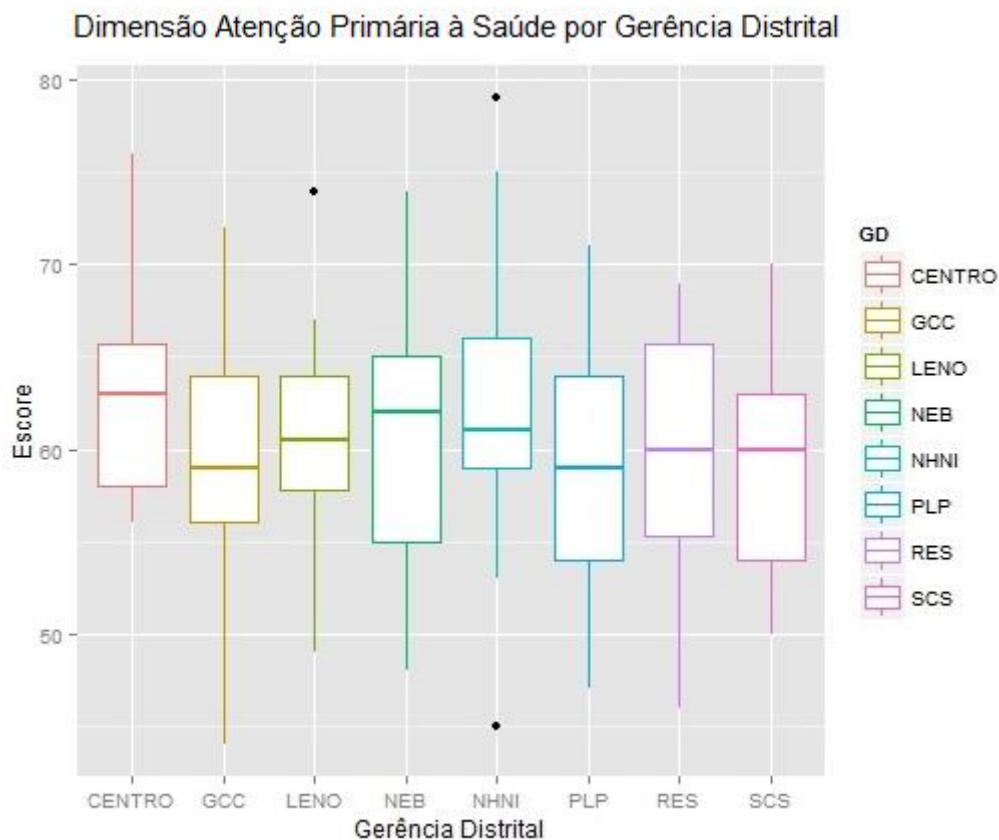
Figura 11 - Dimensão População comparada por Gerência Distrital. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da Pesquisa (2020)

Quando comparada a dimensão “Atenção Primária à Saúde” e as GD (Figura 12), a GD Centro apresentou escore mínimo 55%, máximo 71% com mediana 63%; a GD Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) escore mínimo 51%, máximo 67% com mediana 59%; a GD Leste/Nordeste (LENO) escore mínimo 54,5%, máximo 66,5% com mediana 60,5%; a GD Norte/Eixo Baltazar (NEB) escore mínimo 52%, máximo 72% com mediana 62%; a GD Noroeste/Humaitá/Ilhas (NHNI) escore mínimo 54%, máximo 68% com mediana 61%; a GD Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP) escore mínimo 49%, máximo 69% com mediana 59%; a GD Restinga/Extremo Sul (RES) escore mínimo 50%, máximo 70% com mediana 60% e a GD Sul/Centro-Sul (SCS) escore mínimo 51%, máximo 69% e mediana 60%. Para as análises não houve diferença significativa ($p = 0,0596$).

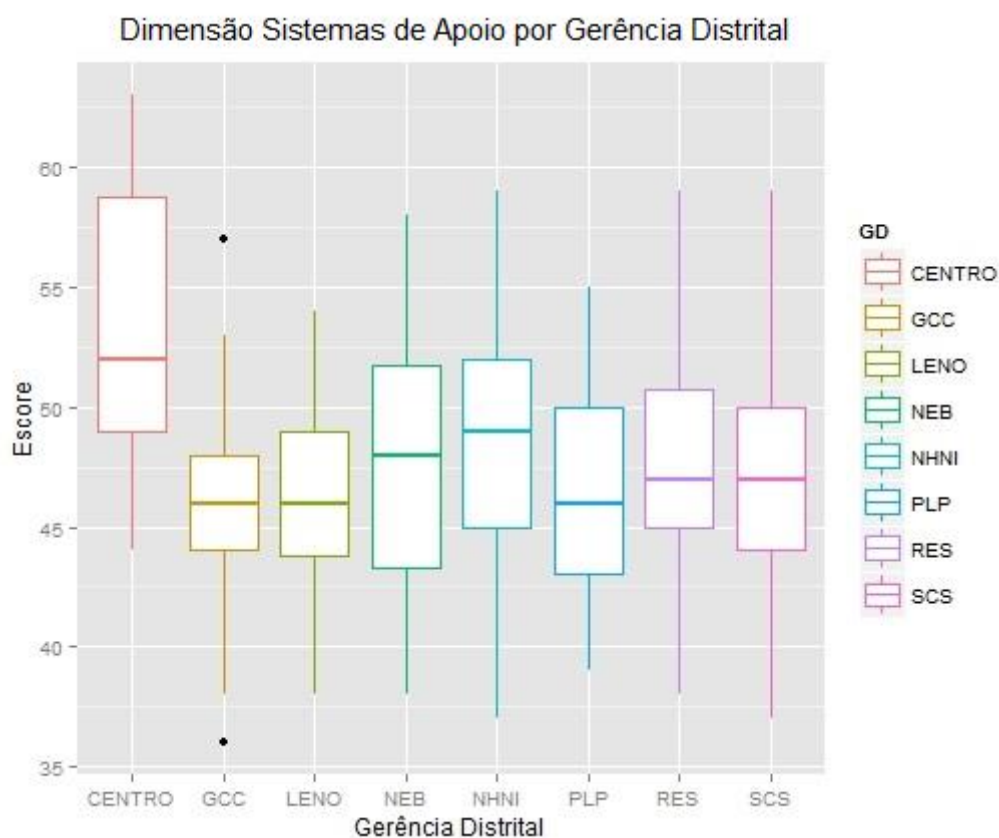
Figura 12 - Dimensão Atenção Primária à Saúde comparada por Gerência Distrital. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da Pesquisa (2020)

Quando comparada a dimensão “Sistemas de Apoio” e as GD (Figura 13), identificou-se que a GD Centro apresentou escore mínimo 42%, máximo 62% com mediana 52%; a GD Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) escore mínimo 42%, máximo 50% com mediana 46%; a GD Leste/Nordeste (LENO) escore mínimo 41%, máximo 51% com mediana 46%; a GD Norte/Eixo Baltazar (NEB) escore mínimo 39%, máximo 57% com mediana 48%; a GD Noroeste/Humaitá/Ilhas (NHNI) escore mínimo 42%, máximo 56% com mediana 49%; a GD Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP) escore mínimo 39%, máximo 53% com mediana 46%; a GD Restinga/Extremo Sul (RES) escore mínimo 41%, máximo 53% com mediana 47% e a GD Sul/Centro-Sul (SCS) escore mínimo 41%, máximo 53% e mediana 47%. Para as análises, houve diferença significativa ($p = <0,0001$).

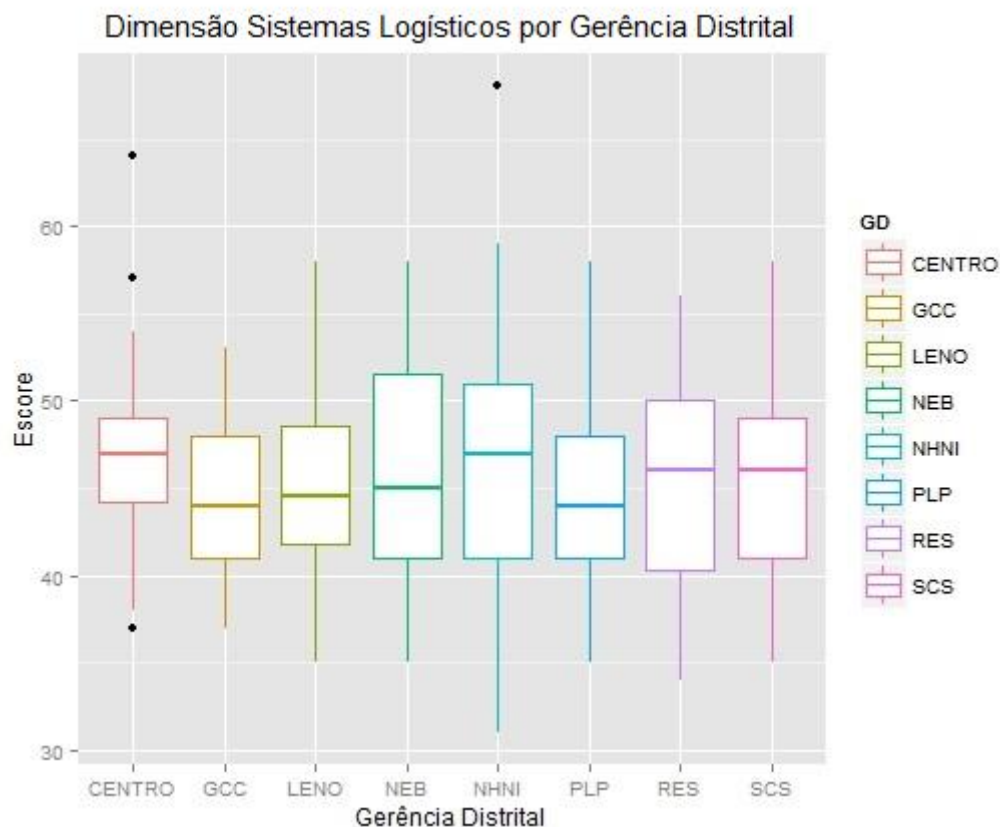
Figura 13 - Dimensão Sistemas de Apoio comparada por Gerência Distrital. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da Pesquisa (2020)

Quando comparada a dimensão “Sistemas Logísticos” e as GD (Figura 14), a GD Centro apresentou score mínimo 42%, máximo 52% com mediana 47%; a GD Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) score mínimo 37%, máximo 51% com mediana 44%; a GD Leste/Nordeste (LENO) score mínimo 37,5%, máximo 51,5% com mediana 44,5%; a GD Norte/Eixo Baltazar (NEB) score mínimo 34%, máximo 56% com mediana 45%; a GD Noroeste/Humaitá/Ilhas (NHNI) score mínimo 37%, máximo 57% com mediana 47%; a GD Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP) score mínimo 37%, máximo 51% com mediana 44%; a GD Restinga/Extremo Sul (RES) score mínimo 36%, máximo 56% com mediana 46% e a GD Sul/Centro-Sul (SCS) score mínimo 38%, máximo 54% e mediana 46%. Para as análises, não houve diferença significativa ($p = <0,6951$).

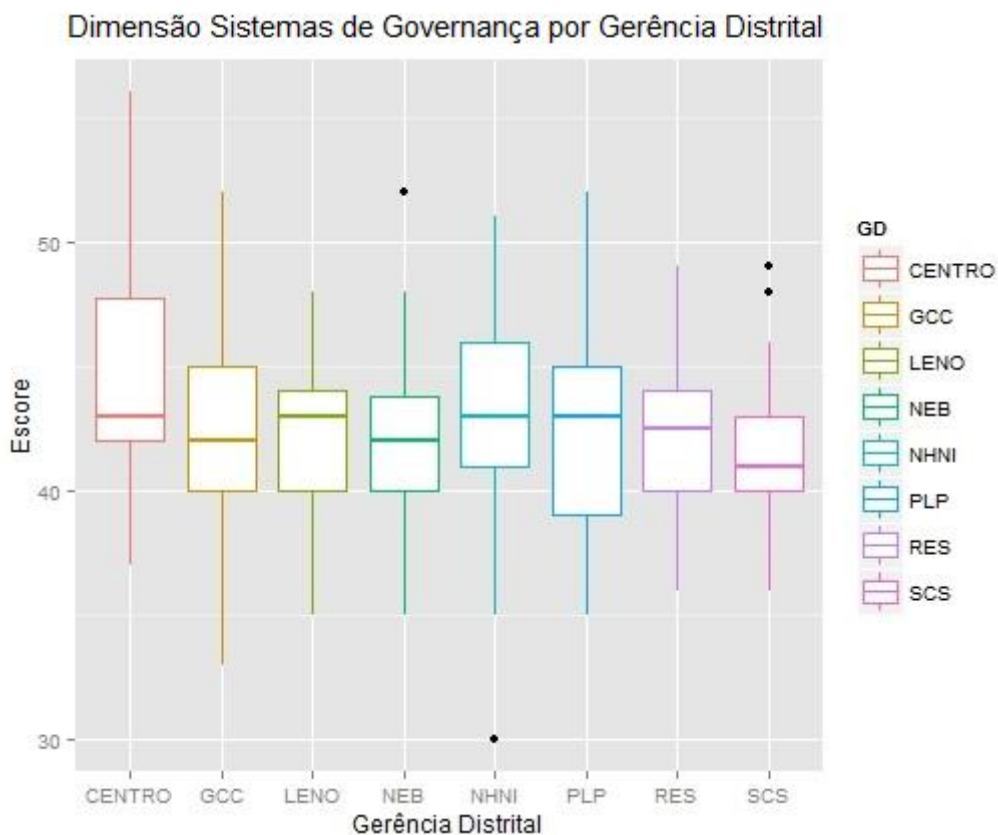
Figura 14 - Dimensão Sistemas Logísticos comparada por Gerência Distrital. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da Pesquisa (2019)

Quando comparada a dimensão “Sistemas de Governança” e as GD (Figura 15), a GD Centro apresentou escore mínimo 37%, máximo 49% com mediana 43%; a GD Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC) escore mínimo 37%, máximo 47% com mediana 42%; a GD Leste/Nordeste (LENO) escore mínimo 39%, máximo 47% com mediana 43%; a GD Norte/Eixo Baltazar (NEB) escore mínimo 38%, máximo 46% com mediana 42%; a GD Noroeste/Humaitá/Ilhas (NHNI) escore mínimo 38%, máximo 48% com mediana 43%; a GD Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP) escore mínimo 37%, máximo 49% com mediana 43%; a GD Restinga/Extremo Sul (RES) escore mínimo 38,5%, máximo 46,5% com mediana 42,5% e a GD Sul/Centro-Sul (SCS) escore mínimo 38%, máximo 44% e mediana 41%. Para as análises, não houve diferença significativa ($p = <0,0586$).

Figura 15 - Dimensão Sistemas de Governança comparada por Gerência Distrital. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, 2020.



Fonte: Dados da Pesquisa (2020)

Os escores atribuídos às dimensões População (ESF – 60,6% e UBST 60,9%), Sistemas Logísticos (ESF 57,3% e UBST 56,4%) e Sistemas de Governança (ESF 60,2% e UBST 61,0%) contribuíram para obtenção do escore global de 60,01%. Esse resultado confere a classificação “Condição boa” ao estágio de desenvolvimento da APS para coordenar Redes de Atenção à Saúde.

7 DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde. Identificou-se o estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde, associou-se com modelos de atenção à saúde (ESF e UBST) e comparou-se por Gerências Distritais.

A discussão dos resultados, explorando as contribuições e limitações do estudo, é apresentada seguindo a mesma sequência utilizada na apresentação dos resultados, nos subcapítulos: O estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde e a Coordenação da Atenção e Os Modelos de Atenção à Saúde na Coordenação das Redes de Atenção à Saúde.

7.1 O estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde

As características sociodemográficas dos participantes convergem com a literatura, indicando que o perfil de feminização dos postos de trabalho na área da saúde é uma característica constante nos cenários de cuidados primários (DAMACENO, 2014; OLIVEIRA, et al., 2016; BRITO et. al., 2016; BANDEIRA, 2016; PUCCI, 2017).

O escore global do estágio de desenvolvimento da APS para coordenar redes foi classificado como “Condição boa” (60,01%). Foi possível identificar os escores por dimensão e especificar os itens de menor e maior escore. O instrumento COPAS mostrou-se confiável, o que corrobora resultados encontrados em outros cenários de aplicação (RODRIGUES, 2013; POPOLIN, 2017), sendo que a utilização de instrumentos de avaliação da APS colabora para qualificação do cuidado e fornece informações para o planejamento e estruturação entre os níveis de atenção.

Quanto à dimensão “População”, a razão de existir é uma característica essencial das redes de atenção à saúde, envolve conhecer as preferências, riscos e condições de saúde dos usuários e suas famílias. O item 1 (*Há uma população definida sob os cuidados das equipes de Atenção Primária à Saúde*) obteve 84% das respostas Concordo Totalmente e Concordo. Dessa forma, constata-se que a definição de uma população, sob responsabilidade sanitária das equipes de APS, contribui para a identificação dos problemas de saúde mais comuns e situações de risco. Impactam para medidas de controle

de doenças e na efetivação das ações relacionadas aos programas de promoção e reabilitação em saúde. Assim, o conhecimento do território e da população são indispensáveis para as RAS e não apenas colaboram para a elaboração e organização dos processos de trabalho e das práticas em saúde, como também, assumem papel de tecnologia na avaliação e regulação do acesso ao serviço de saúde (BERNARDES, 2017).

O Item 9 (*As pessoas e famílias que estão sob os cuidados da APS estão cadastradas na unidade*) obteve 82% das respostas Concordo Totalmente e Concordo o que indica que o cadastro familiar é importante para o conhecimento das famílias. Deste modo, a atenção centrada na família oportuniza aos trabalhadores da saúde a compreensão da situação de saúde e coloca a família como parte dos recursos que os indivíduos dispõem para o cuidado. Além disso, estudos reforçam que o cadastro familiar é importante para a construção de relações de vínculo entre a população e os profissionais de saúde da família e é essencial para implementação das RAS (SANTOS, FERREIRA, 2012; LINO, ROCHA, COSTA; 2017; SANTOS, ROMANO, ENGSTROM, 2018).

Contudo, o item 11 (*As famílias estão classificadas de acordo com as condições sociais*) obteve 68% de respostas Discordo Totalmente e Discordo e 18% Concordo e Concordo Totalmente. O reconhecimento das condições sociais associa-se a fatores econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que incidem na qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades (CHAVES, et al., 2018).

Com base nos resultados, supõe-se que existem fragilidades nas ações sanitárias às populações adscritas e na oferta de cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências. Atualmente, a compreensão da cultura implica em alternativas de cuidado frente aos costumes e adesão ao tratamento (CLARAMITA et al., 2020). Dessa forma, a elaboração de políticas de saúde que colaborem para mudanças de comportamento como programas educativos, agenda para ações programadas e incentivo a boas práticas de vida são respostas ao entendimento das condições sociais e adaptação ao contexto das populações na APS (QUEVEDO et al. 2017).

Quanto à dimensão “Atenção Primária à Saúde”, considerada a porta de entrada preferencial do sistema e orientadora das RAS, tem-se que o item 23 (*Há um vínculo entre as equipes de APS e os usuários e suas famílias*) obteve 87% das respostas Concordo Totalmente e Concordo. O resultado indica a orientação dos trabalhadores de saúde para estabelecer vínculo com os usuários, colaborando para a efetivação das diretrizes da APS. Dessa forma, essa relação de confiança é promotora da corresponsabilidade, continuidade e longitudinalidade do cuidado, o que favorece a satisfação e a segurança do usuário

A construção de vínculo é um dispositivo potente para o cuidado (SILVA et al., 2018; REGO, RADOVANOVIC, 2018). Internacionalmente, o vínculo é considerado como atributo essencial para modelos de atenção abrangentes e efetivos em harmonia com atributos de primeiro contato, integralidade e coordenação do cuidado. A diretriz “*Greet-Invite-Discuss*” (cumprimente, convide e discuta) avaliada na Indonésia significou a redução da Pressão Arterial e Glicemia a partir do estabelecimento de uma conversa aberta sobre Hipertensão e Diabetes Mellitus (CLARAMITA et al. 2020). Ainda, na Espanha, o vínculo é identificado na forma institucional, através de uma plataforma eletrônica entre hospitais e Atenção Primária (COSTA et al., 2019).

No Brasil, em estudo conduzido no Rio de Janeiro, que objetivou investigar os sentidos sobre o vínculo para profissionais de saúde e as práticas desenvolvidas no modelo da ESF, os profissionais ressaltaram que a atuação do serviço de forma efetiva e real, no primeiro contato, através de uma equipe multiprofissional foi primordial para a aproximação usuário-equipe. Dessa forma, a APS centrada na ESF e com equipes multiprofissionais permitem a inter-relação entre o vínculo e demais atributos, como a coordenação do cuidado, para uma APS efetiva (SANTOS, ROMANO, ENGSTROM, 2018).

O item 18 (*O encaminhamento da APS é necessário para ter acesso aos outros níveis de atenção à saúde*) obteve 82% das respostas Concordo Totalmente e Concordo. Há consenso dos trabalhadores em saúde em relação à articulação da APS com outros pontos da rede de saúde. Entretanto, a espera por consultas especializadas, em outros níveis de atenção, ainda é uma barreira para os usuários da APS, sendo que o acesso a outros níveis é esporádico e focado na doença. Os encaminhamentos dão-se pela regulação da assistência à saúde, a qual assume uma função primordial de ordenar o acesso às ações e aos serviços de saúde secundários e terciários (BRASIL, 2014). Dessa forma, para que ocorra a efetivação da regulação em saúde, há necessidade da construção de protocolos para principais demandas ou procedimentos (BRASIL, 2016).

Entretanto, o resultado referente ao item 33 (*Há um conselho de bairro que acompanha e fiscaliza a APS*) obteve 46% das respostas Discordo Totalmente e Discordo e 43% Concordo e Concordo Totalmente. O resultado indica pouca diferença entre as opções de resposta, sendo relevante explorar os fatores que levam ao engajamento da comunidade na participação das rotinas, atendimento, fluxos e disponibilidade de recursos nas Unidades de Saúde.

Logo, entende-se que a participação social nos espaços de produção de saúde é condição para formulação e decisões das políticas públicas de saúde e o fortalecimento da APS como coordenadora das RAS. Em estudo de caso que identificou e analisou os fatores que influenciam e condicionam a decisão em participar das comissões locais de saúde, os usuários elencaram que a participação nesses espaços é uma forma de acesso ao funcionamento das UBS e, sobretudo, compreensão dos fluxos e encaminhamentos entre os pontos de atenção (OLIVEIRA, DALLARI, 2017).

Na dimensão “Sistemas de Apoio”, que avalia a capacidade de fornecer apoio diagnóstico e terapêutico, sistemas de informação e sistemas de teleassistência, verificou-se que o item 37 (*A farmácia da APS armazena os medicamentos e produtos farmacêuticos*) obteve 89% das respostas Concordo Totalmente e Concordo, seguido do item 34 (*A farmácia da APS conta com medicamentos definidos a partir de normas específicas do município*), que obteve 73% das respostas Concordo Totalmente e Concordo. Ainda que os resultados destes itens sejam otimistas, a assistência farmacêutica constitui um ponto de discussão nas RAS, em função do acesso da população aos medicamentos e do desafio da integração da farmácia com diferentes serviços de saúde.

Segundo a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM), de 2013, existem avanços para a implementação da assistência farmacêutica nos municípios brasileiros. Entretanto, há desafios para o financiamento da assistência farmacêutica, as listas municipais de medicamentos padronizados, a presença de profissionais nas Unidades de Saúde e a infraestrutura para o armazenamento e distribuição na APS.

Já o item 42 (*A farmácia da APS dispõe de recursos para a avaliação da interação entre medicamentos*) obteve 49% das respostas Discordo Totalmente e Discordo e 20% das respostas Concordo e Concordo Totalmente. Considerando esse resultado, pode-se supor fragilidade em relação ao uso, associações e as consequências de medicamentos. A avaliação das interações medicamentosas constitui um importante indicador da qualidade do atendimento.

Na APS, a polifarmácia revela-se comum diante do quadro de doenças infecciosas e crônicas. Desta forma, há necessidade de fortalecimento de estratégias para promoção do uso racional de medicamentos que direcionam para as consequências danosas do seu uso inadequado, pois considera-se que o tratamento da doença requer o uso de diversos medicamentos (GLASSBERG et al., 2019; ROMERO et al., 2019).

Ainda, a inserção do profissional Farmacêutico nas Unidades de Saúde, por meio da Política Nacional de Assistência Farmacêutica, tem transformado o campo de atuação nas equipes multiprofissionais e tem impacto na qualidade do cuidado ao usuário, potencializando ações de educação e aconselhamento sobre a terapia medicamentosa. Experiências em outros países como China e Paquistão, com usuários hipertensos, reforçam que o profissional é fundamental para melhor compreensão sobre a doença e consequente aumento na adesão ao tratamento, pois, ao estabelecer uma relação terapêutica de explicar o processo farmacológico dos medicamentos e orientar a administração correta, os usuários compreendiam a necessidade do uso (WANG et al., 2009).

Desse modo, programas interprofissionais como o Telessaúde (*Telepharmacist*) na Espanha e nos Estados Unidos da América (EUA), mostraram-se inovadores com relação às orientações ao uso de múltiplos medicamentos. Tais programas, direcionados a usuários com doenças crônicas, utilizaram um modelo de prescrição eletrônica, o que ocasionou a diminuição no tempo de espera para especialidades (GLASSBERG et al., 2019; ROMERO et al., 2019).

Na dimensão “Sistemas Logísticos”, que considera a implementação de registros eletrônicos, sistemas de acesso e regulação e os sistemas de transporte, o item 51 (*Há um cartão específico da APS para identificar o usuário, família e microárea, quando eles se apresentam a unidade de saúde*) obteve 63% das respostas Concordo Totalmente e Concordo. Embora a identificação do usuário tenha sido pautada por meio do Cartão Nacional de Saúde, sua implementação e operacionalização nos serviços de APS ainda apresentam alguns entraves. Destaca-se que na Norma Operacional Básica (NOB 96) de 1996, cujo objetivo estava centrado na modernização dos instrumentos de gerenciamento de atenção à saúde, o cartão configurou-se como objeto de discussão. Para Gava e colaboradores (2016), a implementação do Sistema Cartão Nacional de Saúde (Cartão SUS), em Aracaju, mudou a realidade do processo de trabalho em saúde, sendo necessária a organização e a modificação das condições físicas do trabalho, repercutindo avanços nas inovações que mobilizaram as práticas profissionais. Contudo, não há consenso em relação à utilização de cartão específico para APS e têm sido discutidas propostas para unificação ao acesso das informações do usuário e família em outros pontos da rede.

Ainda, o item 62 (*Não há veículos adequados para transportar usuários nas consultas e exames agendados*) obteve 60% das respostas Concordo Totalmente e Concordo. A disponibilidade de transporte para o usuário é fator de adesão ao tratamento,

pois reduz barreiras geográficas e garante continuidade do cuidado. Os obstáculos geográficos, que o usuário enfrenta para chegar à unidade de saúde, implicam na escolha da opção do serviço no qual ele irá buscar atendimento.

Dessa forma, as dificuldades na chegada aos serviços refletem em altas taxas de usuários faltosos a consultas e exames agendados, significando maior custo financeiro aos serviços (IZECKSOHN et al., 2014). O abandono ao tratamento em razão da dificuldade em prover o transporte também é mencionado em estudos, especialmente, para pacientes com Tuberculose e sequelas de Acidente Vascular Encefálico (AVE) (FAUSTO et al., 2017)

Já o item 57 (*A equipe da APS agenda diretamente os atendimentos hospitalares que não são de urgência e emergência*) obteve 71% das respostas Discordo Totalmente e Discordo e 14% Concordo e Concordo Totalmente. Esse resultado presume que o estabelecimento de critérios ou instrumentos para estratificar riscos e definir com mais segurança os fluxos e os encaminhamentos dos usuários pela APS apresenta dificuldades no processo de regulação. No Brasil a demanda reprimida para o acesso a consultas em especialidades, cardiologistas, endocrinologistas e oftalmologistas, reflete as deficiências na comunicação entre os níveis de atenção (ALELUIA et al., 2017). Os obstáculos relacionados ao uso de protocolos e a padronização de condutas, ao referenciamento/contrarreferenciamento e à comunicação também são resultados de um estudo nacional, o qual identificou carência de recursos para o estabelecimento de fluxos assistenciais na Atenção Primária à Saúde (DAY, WITT, OELKE, 2016).

Como alternativa à falta de comunicação entre os níveis e para o auxílio à regulação dos usuários na rede, a referência e contrarreferência mostra-se como um dispositivo que busca formalizar informações dos pacientes entre a APS e outros serviços de saúde. Entende-se por referência e contrarreferência a organização dos serviços de saúde em redes mantidas por critérios, fluxos e pactuações de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos indivíduos (BRASIL, 2011a).

Estudo conduzido no Brasil identificou carência na adaptação das equipes relacionado aos fluxos e orientações ao usuário na rede de serviços, considerando que as RAS preveem diferentes níveis de complexidade, sendo condição especial encaminhamentos resolutivos (SACCO et al., 2019). Em pesquisa no Chile, sobre a implementação de redes integradas de saúde a partir da APS, foi identificado que a não padronização e informatização das guias de referência e contrarreferência comprometem a orientação dos usuários na rede (ALMEIDA, OLIVEIRA, GIOVANELLA, 2018).

Nos “Sistemas de Governança” que orientam as estratégias e práticas de saúde, o item 72 (*Há profissionais terceirizados na APS*) obteve 82% das respostas Concordo Totalmente e Concordo. A utilização de profissionais terceirizados é realidade no cenário do estudo, ainda que em período de transformação, haja vista a maioria dos trabalhadores estarem vinculados ao Instituto Municipal de Estratégia de Saúde da Família (IMESF). Reitera-se que na APS não se observam estudos conclusivos sobre possíveis melhorias nas condições de saúde da população em municípios que adotaram a terceirização a título de modelo de gestão e prestação de serviços. Entretanto, um estudo que avaliou o impacto da terceirização nos serviços de APS em cinco capitais brasileiras (Salvador, São Paulo, Rio de Janeiro, Porto Alegre e Brasília) mediante os indicadores selecionados e no período analisado, revelou não possuir melhor desempenho perante as capitais que mantiveram a provisão e a gestão da APS por meio da administração pública (RAMOS, 2016).

Já o item 75 (*A APS utiliza de todos os seus recursos materiais, humanos e financeiros para o atendimento ao usuário antes de encaminhá-lo a outros serviços*) obteve 74% das respostas Concordo Totalmente e Concordo. Neste item a disponibilidade de trabalhadores de saúde, estrutura, fluxos organizacionais, processos de trabalho, insumos e disponibilidade financeira foram avaliados como critérios para a APS atender as necessidades de saúde da população. Em estudo de revisão, que reuniu estudos nacionais e internacionais sobre gestão na Atenção Primária à Saúde, foi identificada a dificuldade por parte dos gestores em proverem de forma completa a gestão de pessoas, gestão de materiais e processos e a gestão financeira. Isso deve-se à complexidade do serviço de APS quando comparada a outros serviços, além da dinâmica de saúde da população que impacta o processo de trabalho e na condução do atendimento (PIRES et al., 2019).

Este estudo, ainda, analisou a comparação entre os escores dos domínios do COPAS e as Gerências Distritais. Os resultados apresentaram diferença significativa quando foi comparada a dimensão “Sistemas de Apoio”, o que admite uma limitação da APS no suporte às populações na prestação de uma atenção contínua nos territórios. As evidências científicas indicam que fatores estruturais e organizacionais interferem no desempenho da APS e que, se garantidos, produzem melhor acesso e qualidade, maior satisfação do usuário, melhoria na saúde de populações vulneráveis e a redução nas taxas de hospitalização por Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária (ICSAP) (TURCI, 2015; BOUSQUAT et al., 2017).

Em estudo que investigou a tendência das ICSAP, demonstrou-se que a diminuição está relacionada à implementação das ações baseadas na saúde da família, relacionando-as com os investimentos financeiros em saúde e a cobertura da ESF no município de Porto Alegre, no período de 1998 a 2012 (COSTA et al., 2016). Essa tendência é acompanhada em outros municípios (Chapecó, Curitiba e Belo Horizonte), nos quais, fatores como a expansão e fortalecimento da APS têm se mostrado importantes para sua redução (VITORIA et al., 2013; REHEM et al., 2013; BORGES et al., 2016; MENDONÇA et al., 2017). Na Inglaterra, uma análise histórica demonstrou que não houve mudanças em centros que mantiveram modelos tradicionais de atenção à saúde (GREAVES et al., 2015).

Em estudo de revisão sistemática que investigou os fatores que influenciam na implementação e sucesso da integração entre os serviços são destacados a alocação de profissionais da saúde, o trabalho em equipe, comunicação e tecnologias da informação como principais facilitadores (MACKIE, DARVIL, 2016). Nesse contexto, ferramentas como o Prontuário Clínico Eletrônico (PCE) facilitam a relação entre APS e demais níveis (CHRISTENSEN, 2016). Além disso, o PCE da família representa importante instrumento para a coordenação, embora tenha sido identificado que a falta de padronização do registro das informações, da classificação, do arquivamento, e pouca utilização de seu conteúdo interferem negativamente no processo de trabalho das equipes (SANTOS, FERREIRA, 2012).

Assim, a operacionalização das RAS ainda é um desafio nos sistemas de saúde, considerando-se que as redes são pautadas na coordenação do cuidado e na continuidade da atenção, de um modo articulado com os diferentes pontos de atenção (RODRIGUES, 2013; CHAVES et al., 2018; ALMEIDA, OLIVEIRA, GIOVANELLA. 2018). A composição de eixos verticais entre a APS e os serviços e eixos horizontais entre as equipes da APS, serviços de saúde e outros campos demonstram o esforço para contribuir na qualidade clínica e satisfação dos usuários (RODRIGUES, 2013; HARZHEIM et al., 2016; CHAVES et al., 2018).

7.2 Atenção Primária à Saúde e a Coordenação da Atenção

O escore global do estágio de desenvolvimento da APS para coordenar redes, classificado como “Condição boa” (60,01%), pode indicar um esforço da APS e das RAS em prover o cuidado sequencial e complementar entre os níveis de atenção, ordenando

fluxos e processos organizativos como condição à integração entre os distintos níveis do sistema. Esse resultado alinha-se ao encontrado em outros estudos que avaliaram o atributo coordenação e a qualidade dos serviços primários com aplicação do Instrumento PCATool – Brasil versão Usuários e Profissionais (VITORIA et al., 2013; DAMACENO, 2014; BANDEIRA, 2016; PUCCI, 2017).

Embora o escore da capacidade da APS em coordenar as RAS seja satisfatório, revela-se pertinente a discussão sobre a integração dos serviços de saúde, considerando que superar a fragmentação dos cuidados denota o esforço para resolução dos problemas sanitários, a otimização de recursos nos serviços de saúde e a qualificação da atenção prestada (SANTOS et al., 2014; SILVA, ANDRADE, 2014; EERDEN et al., 2017).

A região metropolitana de Porto Alegre, composta por 12 municípios de médio e grande porte, corresponde a 31,6% da população do Estado e concentra oferta de serviços em todos os níveis de atenção. Apesar de Porto Alegre ser a referência na implementação de políticas de integração aos municípios metropolitanos, um estudo que analisou a oferta de serviços nessa região e a constituição dos serviços de APS, apontou fragilidades no acesso aos níveis de atenção, na porta de entrada dos usuários, nos horários para atendimento e na comunicação entre os demais níveis de atenção, indicando a necessidade de estratégias para integração dos serviços de saúde (MENDONÇA et al., 2016).

A Organização Mundial da Saúde (2015) estabelece que a APS deve ocupar a centralidade na reorganização da atenção à saúde, além de ser o principal dispositivo de organização, constituição e articulação dos serviços de saúde para muitos países. Esse protagonismo ocorre em função da dinâmica nas modificações epidemiológicas e etárias, sendo necessária a reorientação dos modelos de saúde com a intensificação dos processos de gestão da clínica, a constituição de redes de cuidado integrados e a contratualização das equipes da APS por metas de produtividade, entre outras iniciativas (MENDES, 2011; MAGALHÃES-JUNIOR, 2014).

A capacidade da APS em coordenar as RAS tem como condição o incentivo às ações de modernização e qualificação do atendimento mediante a publicação de instrumentos legais e desenvolvimento de programas de saúde (SILVA, ANDRADE, 2014), adoção por parte dos serviços municipais de saúde do modelo de ESF com práticas de acolhimento à demanda espontânea e ações programadas (ALMEIDA et al., 2016; CARVALHO, JESUS, SENRA, 2017; MACIEL, SANTOS SILVA, OLIVEIRA, 2019).

Outra estratégia, considerada promissora, é o desenvolvimento de protocolos clínicos, para doenças agudas e crônicas com ampliação do catálogo de serviços e ênfase

em testagem rápida e exames de imagem, que orientam as ações e diagnósticos dos profissionais e reforçam o compromisso da APS em ser resolutiva às necessidades da população (VARGAS et al., 2016; MACIEL, SANTOS SILVA, OLIVEIRA, 2019; FAUSTO et al., 2017; GALVÃO et al., 2019). Ademais, como possibilidades estão a garantia do acesso a medicamentos e a incorporação de programas de busca ativa dos agravos transmissíveis e não transmissíveis nas Unidades de Saúde (MACIEL, SANTOS SILVA, OLIVEIRA, 2019) e o reencaminhamento dos pacientes atendidos nas unidades de pronto-atendimento à ESF do território de origem (FAUSTO et al., 2017; GALVÃO et al., 2019), como ações para a qualificação da APS na coordenação da atenção.

Os resultados das respostas dos trabalhadores de saúde na aplicação do Instrumento COPAS fomentam a discussão de sua participação no atendimento aos usuários e corroboram para o debate de ferramentas que garantam a capacidade da APS em coordenar as RAS. Nesta seara, o uso de dispositivos que orientam a construção de uma rede ampla de cuidados em saúde de forma interdisciplinar e seguindo protocolos clínicos, como de câncer do colo do útero, hipertensão arterial e diabetes, contribuem para a capacidade da APS em coordenar as RAS. O Apoio Matricial, como metodologia de trabalho na APS, corrobora para a visão ampliada do processo saúde-doença-cuidado nas diversas dimensões sociais e sanitárias (CASTRO; CAMPOS, 2015).

A modificação no processo de trabalho gera impacto nas equipes de saúde (CASTRO; CAMPOS, 2015). Em pesquisas avaliativas que consideraram fatores para a qualificação do atendimento e a comunicação entre equipes da APS, a valorização dos profissionais por meio de investimentos em formação (capacitações, oferta de especialização e residência em medicina de família e comunidade) e a flexibilização da carga horária de trabalho, são fatores preditores para o exercício profissional (ARAÚJO et al., 2017).

7.3 Os Modelos de Atenção à Saúde na Coordenação das Redes de Atenção à Saúde

A busca por um modelo de saúde pautado em múltiplas abordagens deu-se a partir de 1994 com a reorientação do modelo assistencial e a implementação da ESF, como a principal porta de entrada do SUS. O modelo de ESF é preconizado com a finalidade de mudança do modelo assistencial na APS, sendo o que melhor articularia as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos (as condições agudas e

crônicas) (BRASIL, 2017). Neste estudo, todavia, na análise de comparação entre os modelos de atenção (ESF e UBST) não foi verificada diferença estatística.

Em estudo realizado na China os centros primários de saúde proporcionam um melhor atendimento na utilização dos serviços em relação a outros modelos existentes naquele país (WANGI et al., 2015). No Brasil, a avaliação da efetividade entre os modelos ESF e UBST já é objeto de estudo em outros cenários, com trabalhadores da saúde, sendo identificado como preocupante o baixo reconhecimento da responsabilidade sanitária que o modelo ESF almeja (DAMACENO, 2016; BANDEIRA, 2017; PUCCI, 2018).

Neste estudo, analisou-se o modelo preconizado de ESF, com a disponibilidade de locais com oferta de serviços comuns a todos os pontos da rede, com o modelo tradicional. Estudos identificam, como as principais dificuldades a serem superadas na ESF, o acesso aos exames realizados na atenção especializada e o acesso aos resultados de exames alterados, o que compromete a continuidade do cuidado e a realização de busca ativa dos usuários (TURCI, COSTA, MACINKO, 2015; CHAVES et al., 2018). Cabe o investimento na constituição de equipes multiprofissionais que conjugam com os dispositivos de apoio diagnóstico e terapêutico do sistema. Exemplos são relatados em estudos ao relacionar ferramentas para a coordenação, tais como o PCE e ações educativas em grupos que facilitam o elo entre usuários e profissionais (SANTOS, FERREIRA, TURCI, 2015).

Ainda no escopo do modelo de ESF a integração da APS com outros dispositivos do território onde se localizam as equipes de profissionais alinham-se à concepção territorializada do modelo brasileiro. Somam-se os esforços de implementar serviços e ações que atuem nos processos de saúde-doença que dinamicamente se modificam e pressupõem a disponibilidade de serviços, tecnologias e dispositivos de governança capazes de assegurar a qualidade do cuidado proposta no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010; MENDES, 2010; MENDES, 2011).

O resultado da comparação entre os escores do estágio de desenvolvimento da APS em coordenar as RAS por modelo de atenção à saúde apresentou o menor escore na dimensão “Sistemas Logísticos” (UBST 57,3% e ESF 56,4%). Ainda que classificada como “*Condição boa*”, revela-se necessária a discussão sobre a utilização dos registros eletrônicos, os sistemas de acesso e regulação e os sistemas de transporte, apontados como condição para a interação entre os diversos cuidados recebidos pelo usuário ao longo do tempo.

A importância dos Sistemas Logísticos pauta-se na responsabilidade de comunicar a APS com os níveis de atenção secundários e terciários e os sistemas de apoio, sendo importantes para o *continuum* de cuidados. A maior eficiência dos Sistemas Logísticos tem sido demonstrada na atenção às doenças crônicas em que são identificados: Sistema de Informação Clínica, Registros Eletrônicos de Saúde, Sistemas de Transporte e Cartão de Identificação do Usuário (BRASIL, 2011b).

No âmbito internacional, as RAS são identificadas como cuidados integrados e revelam experiências exitosas. Em estudos conduzidos no Canadá, Austrália e Dinamarca com populações que necessitam do princípio da equidade foram desenvolvidas estratégias de solicitação de exames online, transportes de usuários da zona rural, teleconsultas, monitoramento domiciliar e agendamento para dispensação de medicamentos com o uso da Tecnologia da Informação (TI) (CHRISTENSEN, 2016; GRANT et al., 2017; RAUS, MORTIER, EECKLOO, 2018). Todavia, no Brasil, em estudos semelhantes com usuários que possuem doenças crônicas, são identificadas dificuldades em relação ao acesso das ESF aos exames realizados na atenção especializada, o que compromete a continuidade do cuidado e a realização de busca ativa dos usuários com exames alterados (RODRIGUES et al., 2014; TURCI et al., 2015).

Assim, ainda que satisfatórios os resultados da capacidade da APS para coordenar as RAS por modelo de atenção, revela-se necessário o incentivo às equipes de saúde da família para a realização da gestão da clínica com o uso de tecnologias que favoreçam a coordenação da atenção.

7.4 Limitações do estudo

A limitação deste estudo deve-se pelo seu delineamento transversal, que impossibilita realizar inferência de mudanças ao longo do tempo. Além disso, o método permite observar um recorte de tempo específico, sujeito a modificações no campo das políticas de saúde. Outra limitação, considerando o ponto de vista estatístico, deu-se pela participação voluntária dos trabalhadores de saúde, pois quando uma amostra é formada por procedimentos de seleção não aleatórios, não se pode garantir a representatividade dos resultados com relação à população-alvo. Esse método de amostragem pode gerar um *viés* de autoseleção nos resultados, porém a amostragem realizada por cotas permitiu minimizar esse possível *viés*.

8 CONCLUSÕES

A aplicação do COPAS permitiu avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde. Verificou-se também o estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde e a comparação por Modelos de Atenção à Saúde.

Foram verificados os escores para as cinco dimensões do COPAS (População, Atenção Primária, Sistemas Logísticos, Sistemas de Apoio e Sistemas de Governança). Concluiu-se que os trabalhadores de saúde avaliaram como “Condição boa” tanto para a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde em sua globalidade, quanto na comparação por Modelos de Atenção à Saúde. Constataram-se deficiências quando comparada a dimensão “Sistemas de Apoio” com as GD, o que pressupõe o comprometimento de uma atenção contínua dos serviços disponíveis à população.

Dessa forma, os resultados indicam fragilidades no apoio diagnóstico e terapêutico, na assistência farmacêutica e nos sistemas de informação em saúde, que são políticas públicas transversais e estratégicas para o processo de organização e desenvolvimento das RAS. A qualificação da assistência farmacêutica repercute nos processos de seleção, programação, aquisição, armazenamento, distribuição, prescrição, dispensação e promoção do uso racional de medicamentos aos usuários e suas famílias. Já com relação aos sistemas de informação em saúde, a reflexão sobre a utilização dessa ferramenta oportuniza uma melhor gestão do cuidado.

Destaca-se que uma ferramenta importante perante os resultados encontrados é o PCE que reúne informações importantes sobre os usuários e sua família. Além disso, a utilização de ferramentas fornece aporte para o mapeamento do território e colabora para um cuidado orientado às condições e demandas de atenção dos usuários e família.

Em suma, a partir deste estudo aponta-se que qualificar e gerenciar a APS colabora para o cuidado sequencial e complementar entre os níveis de atenção, por meio de fluxos e processos organizativos das RAS, que permitem a integração entre os distintos níveis do sistema. Ademais, tem-se que para que ocorra a coordenação das RAS pela APS, revela-se necessário a oferta de serviços de saúde e de diferentes profissionais à população, desde que sejam consideradas as necessidades assistenciais e as mudanças do perfil epidemiológico, na garantia da atenção integral e de qualidade aos usuários.

Implicações para a prática, estruturação de Sistemas Universais de Saúde e futuras pesquisas

O instrumento COPAS, em sua utilização, mostrou-se como ferramenta a ser considerada pelos gestores e trabalhadores de saúde no diagnóstico situacional das potencialidades e fragilidades da APS em coordenar as RAS. A utilização de instrumentos com boa confiabilidade, como apresentado neste estudo, é alternativa para subsidiar a definição de planos e estratégias de intervenção no que concerne à estruturação e à organização do sistema local, com o propósito de favorecer a integração de serviços no Sistema Único de Saúde.

No campo da estruturação dos Sistemas de Saúde, a fragilização da APS compromete o desenvolvimento da coordenação dos cuidados. Portanto, os resultados da utilização de instrumentos como o COPAS podem orientar as ações dos gestores e profissionais, além de garantir a provisão de recursos financeiros específicos com foco à cooperação entre os níveis direcionado à coordenação dos cuidados.

Para o campo da saúde, implica-se na execução de práticas pautadas na integralidade do cuidado, na intervenção diante aos fatores de risco, na prevenção de doenças e na promoção da saúde. Corrobora-se a possibilidade de atuação no desenvolvimento das funções clínicas dos profissionais, com utilização de protocolos que podem ofertar ao usuário atenção em saúde de qualidade, da gestão clínica e de casos, gerenciando os fluxos e atendimentos das Redes de Atenção. Ademais, os processos de trabalho em saúde na APS demandam a articulação entre os diferentes profissionais de saúde e direcionam para a busca da superação da fragmentação da atenção.

Por fim, recomenda-se que sejam desenvolvidos estudos com outras abordagens metodológicas que possam contribuir para o entendimento da temática, por parte de gestores, trabalhadores da saúde e usuários, tanto no âmbito da APS quanto em outros níveis de atenção. Também, o desenvolvimento de ações cooperativas no âmbito da SUS, indicam o investimento em consolidar as dimensões das Redes de Atenção à Saúde. Para tanto, gestores e formuladores de políticas públicas precisam dialogar e estabelecer objetivos comuns entre os níveis de atenção como estratégia para modificar práticas e políticas de forma significativa e propositiva.

REFERÊNCIAS

- ALECRIM, W.; DOBASHI, B. F. Comentários: Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 54-57, 2014.
- ALELUIA, et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p.1845-1856, 2017.
- ALMEIDA P, SANTOS A, SANTOS V, SILVEIRA FILHO R. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo v. 25, n. 2, p. 320-335, 2016.
- ALMEIDA, J. H. H.; FEITOSA, A. N. A.; ARAÚJO, W. A.; SILVA, J. B.; LOURENÇO, L. C.; SOUSA, M. N. A. Primary health care: focusing on the health for the attention of networks. **Journal of Nursing UFPE online**, Recife, v. 9, n. 11, p. 9811-6, 2015.
- ALMEIDA, P. F. de et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 26, p. 286-298, fev. 2010.
- ALMEIDA, P. F. de et al. Integração assistencial em região de saúde: paradoxo entre necessidades regionais e interesses locais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.320-335, 2016.
- ALMEIDA, P. F. de; FAUSTO, M. C. R.; GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington, v. 2, n. 24, p.84-95, 2011.
- ALMEIDA, P. F.; GIOVANELLA, L.; NUNAN, B. A. Coordenação dos cuidados em saúde pela atenção primária à saúde e suas implicações para a satisfação dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n.94, p. 375-391, 2012.
- ALMEIDA, P.F.; OLIVEIRA, S.C.; GIOVANELLA, L. Integração de rede e coordenação do cuidado: o caso do sistema de saúde do Chile. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n.7, p. 2213-2228, 2018.
- ARAÚJO, W.R.M. et al. Estrutura e processo de trabalho na atenção primária e internações por condições sensíveis. **Revista de Saúde Pública**. v. 51, p. 51-75, 2017.
- ARMITAGE, G. D.; SUTER, E.; OELKE, N. D.; ADAIR, C. E. (2009). Health systems integration: state of the evidence. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 9, n.82, p. 1-11.
- AXELSSON, R.; AXELSSON, S. B. Integration and collaboration in public health - a conceptual framework. **The International Journal of Health Planning and Management**, Medford, v. 21, n. 1, p. 75-88, 2006.
- BANDEIRA, D. **Avaliação da APS: uma análise da Coordenação da Atenção nos municípios do interior do RS**. Dissertação (Mestrado) – Dissertação apresentada ao

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Santa Maria, 2016.

BASSILIOS, B.; NICHOLAS, A.; FTANOU, M. et al. Implementing a Primary Mental Health Service for Children: Administrator and Provider Perspectives. **Journal of Child and Family Studies**, London, v. 26, n. 2, p. 497-510, 2017.

BELLINI, M.; PIO, D. A. M.; CHIRELLI, M. Q. O apoiador institucional da Atenção Básica: a experiência em um município do interior paulista. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n.108, p. 23-33, 2016.

BERNARDES, A. G. Território e acesso: Questões sobre as políticas de saúde. **Avances en Psicología Latinoamericana**, Bogotá, v. 35, n. 2, p. 339- 349, 2017.

BORGERMANS, L.; MARCHAL, Y.; Busetto, L.; KALSETH, J.; KASTENG, F.; SUIJA, K.; et. al. How to Improve Integrated Care for People with Chronic Conditions: Key Findings from EU FP-7 Project INTEGRATE and Beyond. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 17, n. 4, p. 7, 2017.

BORGES, P.K.O.M et al. Internações sensíveis à atenção primária e o cuidado na rede assistencial em saúde. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 17, n. 5, p. 668-75, 2016.

BOUSQUAT, A.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, S.E.M.; et al. Atenção primária à saúde e coordenação do cuidado nas regiões de saúde: perspectiva de gestores e usuários. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p.1141-54, 2017.

BRANDAO, A. L. R. B. S.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 103- 114, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Ministério da Saúde**, Brasília, 1990.

_____, _____. Portaria nº 3.125 de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 de dezembro de 2006.

_____, _____. Regionalização solidária e cooperativa: orientação para sua implementação no SUS. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2006b.

_____, _____. Portaria nº 3.125 de 7 de dezembro de 2006. Institui o Programa de Qualificação da Atenção Hospitalar de Urgência no Sistema Único de Saúde - Programa QualiSUS e define competências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 de dezembro de 2006a.

_____, _____. 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. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2010.

_____, _____. Decreto nº 7.508, de 28 de julho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 2011a.

_____, _____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº466. Regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2012.

_____, _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. PMAQ: Manual instrutivo para as equipes de Atenção Básica. **Ministério da Saúde**, Brasília, 2013.

_____, _____. A construção social da atenção primária à saúde. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Conselho Nacional do Secretários de Saúde**, Brasília, 2015.

BRITO, G. E. G. et al. perfil dos trabalhadores da estratégia saúde da família de uma capital do nordeste do brasil. **Revista de APS**, Juiz de Fora, n. 19, n. 3, p. 434 – 445, 2016.

CAINE, J. Integrating people with dementia and their cares into service design. **Journal of Integrated Care**, Bingley, v. 22, n. 3, p. 91-98, 2014.

CAMPOS, G.W.S. et al. (Org.). **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro, 2014.

CARVALHO, A. L. B. de; JESUS, W. L. A. de; SENRA, I. M. V. B. Regionalização no SUS: processo de implementação, desafios e perspectivas na visão crítica de gestores do sistema. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n.4, p. 1155-1164, 2017.

CASANOVA, A. O. et al. A implementação de redes de atenção e os desafios da governança regional em saúde na Amazônia Legal: uma análise do Projeto QualiSUS-Rede. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1209-1224, 2017.

CASSADY, C. E.; STARFIELD, B.; HURTADO, M. P.; BERK, R. A.; NANDA, J. P.; FRIEDENBERG, L. A. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics**, Washignton, v. 105, n. 4, p. 998-1003, 2000.

CHAVES, L.A.; JORGE, A.O; CHERCHIGLIA, M.L. et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, p. 1-16, 2018.

CHRISTENSEN, J.K.B. Does Telecare Improve Interorganisational Collaboration? **International Journal of Integrated Care**, London, n. 16, n. 4, p.1–10, 2016.

CHUEIRI, P. S.; HARZHEIM, E.; GAUCHE, H.; VASCONCELOS, L.C. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, n. p. 114-24, 2014.

CLARAMITA, M. et al. A partnership-oriented and culturally-sensitive communication style of doctors can impact the health outcomes of patients with chronic illnesses in Indonesia. **Patient Education and Counseling**, v. 103, n. 2, p. 292-300, 2020.

COBURN, A. F. Models for Integrating and Managing Acute and Long-Term Care Services in Rural Areas. **Journal of Applied Gerontology**, Thousand Oaks, v. 20, p. 386–408, 2001.

CODDINGTON, D. C.; ACKERMAN, F. K.; MOORE, K. D. Integrated Health Care Systems: Major Issues and Lessons Learned. **Healthcare Leadership & Management Report**, Dallas, v. 9, p. 1-9, 2001a.

CODDINGTON, D.C.; ACKERMAN, F. K.; MOORE, K. D. Setting the Record Straight: Physician Networking Is an Effective Strategy. **Healthcare Financial Management**, Illinois, v. 55, p. 34-7, 2001d.

CONTANDRIAPOULOS, A. P.; DENIS, J. L.; TOUATI, N.; RODRIGUEZ, C. The integration of health care: dimensions and implementation. Groupe de recherche interdisciplinaire en santé. Working Paper N04–01. **Université de Montréal**; Montreal, 2003.

COOLEY, W. C.; MCALLISTER, J. W.; SHERRIEB, K.; CLARK, R. E. The medical home index: Development and validation of a new practice-level measure of implementation of the medical home model. **Ambulatory Pediatrics**, New York, v. 3, n. 4, p. 173-180, 2003.

COSTA, J.S.D. et al. Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n. 4, p.1289-1296, 2016

COSTA, M.F.B.N.A. et al. A continuidade do cuidado de enfermagem hospitalar para a Atenção Primária à Saúde na Espanha. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 53, p. e03477, 2019.

DAMACENO, A. N. **Atenção Primária à Saúde: Avaliação do Acesso de Primeiro Contato em municípios da Região Centro-oeste do Rio Grande do Sul**. Dissertação (Mestrado) – Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Santa Maria, 2015.

DAMACENO, A. N.; BANDEIRA, D.; WEILLER, T. H. Estudo de tendências das produções sobre avaliação do acesso na Atenção Primária à Saúde com a utilização do instrumento “PCATool”. **Revista de APS**, Juiz de Fora, v. 21, n. 4, p. 667 – 700, 2018.

DAY, C. B.; WITT, R. R; OELKE, N. D. Integrated care transitions: emergency to primary health care. **Journal of Integrated Care**, Bingley, v. 24, n. 4, p.225-232, 2016.

DOUBOVA, S.; GUANAIS, F.; PÉREZ-CUEVAS, R.; CANNING, D.; MACINCKO, J.; REICH, M. Attributes of patient-centered primary care associated with the public perception of good healthcare quality in Brazil, Colombia, Mexico and El Salvador. **Health Policy Planning**, London, v. 13 n.139, 2016.

EERDEN, M. H.; EWERT, B.; HODIAMONT, F.; HESSE, M.; HASSELAAR, J.; RADBRUCH, L. Towards accessible integrated palliative care: Perspectives of leaders from seven European countries on facilitators, barriers and recommendations for improvement. **Journal of Integrated Care**, Bingley, v. 25, n. 3, p. 222-232, 2017.

EVANS, J. M et al. A cognitive perspective on health systems integration: results of a Canadian Delphi study. **BMC Health Services Research**, Chicago, v. 14, n. 222, p. 1-13, 2014.

FAUSTO, M. C. R. et al. Itinerários terapêuticos de pacientes com acidente vascular encefálico: fragmentação do cuidado em uma rede regionalizada de saúde. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 17, n.supl. 1, p. S63-S72, 2017.

FAUSTO, M.C.R, GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M.H.M. et al. A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. **Saúde em Debate**. v. 38, n. (esp), p. 13-33, 2014.

FERRER, L.; GOODWIN, N. What are the principles that underpin integrated care? **International Journal of Integrated Care**, London. v. 14, n. 4, p. none, 2014

FILIFE, A.; RENEDO, A.; MARSTON, C. The co-production of what? Knowledge, values, and social relations in health care. **PLoS Biology**, San Francisco, v. 15, n. 5, p. e2001403, 2017.

FIORATI, R. C.; ARCENCIO, R. A.; SOUZA, L. B. de. As iniquidades sociais e o acesso à saúde: desafios para a sociedade, desafios para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2687, 2016.

FLOCKE, S. A. Measuring attributes of primary care: Development of a new instrument. The **Journal of Family Practice**, New Jersey, v. 45, n. 1, p. 64-74, 1997.

FRACOLLI, L. A. et al. Instrumentos de avaliação da Atenção Primária à Saúde: revisão de literatura e metassíntese. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 12, p. 4851-4860, 2014.

FRANK, B. R. B.; et. al. Avaliação da implementação da Rede Mãe Paranaense em três Regionais de Saúde do Paraná. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 163-174, 2016.

FRIEDBERG, M. W.; SAFRAN, D. G.; COLTIN, K. L.; DRESSER, M.; SCHNEIDER, E. C. Readiness for the patient-centered medical home: Structural capabilities of Massachusetts Primary Care Practices. **Journal of General Internal Medicine**, New York, v. 24, n. 2, p. 162-9, 2008.

FRIEDMAN, L.; GOES, J. Why Integrated Health Networks Have Failed. **Frontiers of Health Services Management**, Philadelphia, v.17, p. 3-28, 2001.

GALVÃO, J. R.; ALMEIDA, P. F.; SANTOS, A. M.; FERNANDES, N. F. S. Trajetórias assistenciais de usuárias pela APS em uma região de saúde: trânsito livre, pontos de lentidão e parada. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n.4, p.e290404, 2019

GAVA M. et al. Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 891-902, 2016.

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

GIOVANELLA, L.; et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n.6, p.17763-1776, 2018.

GLASSBERG, M. B. et al. Accuracy of Prescription Claims Data in Identifying Truly Nonadherent Patients. **JMCP Journal of Managed Care & Specialty Pharmacy**, v. 25, n. 12, 2019.

GOODWIN, N. Understanding Integrated Care. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 16, n.4, p. 4 folhas, 2016.

GOODWIN, N.; SMITH, J. The evidence base for integrated care. **The King's Fund and the Nuffield Trust**, London, p. 20 folhas, 2012.

GRANT, D. et al. Sydney North Primary Health Network - Local Coordinated Networks. **International Journal of Integrated Care**, v.18, n.S1, p.1-8, 2017.

GREAVES, F.; LAVERTY, A.A.; PAPE, U. et al. Performance of new alternative providers of primary care services in England: an observational study. **Journal of the Royal Society of Medicine**, v. 23, p.171-83, 2015.

GROL, R.; WENSING, M. Patients evaluate general/family practice. The EUROPEP Instrument. **British Journal of General Practice**, London, v. 50, p. 882-887, 2000.

HAGGERTY, J. L.; ROBERGE, D.; FREEMAN, G. K.; BEAULIEU, C.; BRÉTON, M. Validation of a generic measure of continuity of care: when patients encounter several clinicians. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 10, n. 5, p. 443-451, 2012.

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

HAM C. Clinically integrated systems: the next step in English health reform? **The Nuffield Trust**, London, 2007.

HARTZ, Z. M.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da Atenção e Integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. supl., p. S331-S336, 2004.

HARZHEIM, E.; PINTO, L.F.; HAUSER L. et al. Avaliação dos usuários crianças e adultos quanto ao grau de orientação para Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p. 1399-1408, 2016.

HARZHEIM, E.; STARFIELD, B.; RAJMIL, L.; ALVAREZ-DARDET, C.; STEIN, A. T. Internal consistency and reliability of Primary Care Assessment Tool (PCATool-Brasil) for child health services. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p. 1649-1659, 2006.

HUBER, C. A. et. al. Effects of Integrated Care on Disease-Related Hospitalisation and Healthcare Costs in Patients with Diabetes, Cardiovascular Diseases and Respiratory Illnesses: A Propensity-Matched Cohort Study in Switzerland. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 16 n. 1:11, p. 1–18, 2016.

HUDON, C.; CHOUINARD, M. C.; DIADIOU, F.; LAMBERT, M.; BOULIANE, D. Case Management in Primary Care for Frequent Users of Health Care Services With Chronic Diseases: A Qualitative Study of Patient and Family Experience. **Annals of Family Medicine**, Leawood, v. 13, n. 6, p. 523-528, 2015.

IZECKSOHN et al. Falta às consultas médicas agendadas: percepções dos usuários acompanhados pela Estratégia Saúde da Família, Manguinhos, Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Medicina da Família e Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 32, p. 235-241, 2014.

KODNER, D. L. All together now: a conceptual exploration of integrated care. **Healthcare Quarterly**, Toronto, v.s/n n. spc, p. 6-15, 2009.

KODNER, D.; SPREEUWENBERG, C. Integrated care: meaning, logic, applications and implications – a discussion paper. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 2, n. 14, p. 1-6, 2002.

KUSCHNIR, R.; CHORNY, A. H. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2307-2316, 2010.

LAMOTHE, L.; SYLVAIN, C.; SIT, V. Multimorbidity and primary care: Emergence of new forms of network organization. **Sante Publique**, Paris, v. 27, n. supl 1, p. S129-135, 2015.

LEATT, P.; PINK, G. H.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian Model of Integrated Healthcare. **Healthcare Papers**, Toronto, v. 1, p.13-35, 2000.

LEATT, P.; PINK, G. H.; NAYLOR, C. D. Integrated Delivery Systems: Has Their Time Come in Canada? **Canadian Medical Association Journal**, Ottawa, v.154, p. 803–9, 1996.

LEVESQUE, J. F.; FELDMAN, D.; DUFRESNE, C.; BERGERON, P.; PINARD, B. L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au québec barrières et éléments facilitant. Institut national de santé publique du québec, **Gouvernement du Québec**, Québec 2007.

LEWIS, R.; ROSEN, R.; GOODWIN, N.; DIXON, J. Where next for integrated care organisations in the English NHS? **The Nuffield Trust**, London, 2010.

LIMA M.A.D.S. et al. Instrumentos de avaliação de estruturação de redes de cuidados primários: uma revisão integrativa. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.43, n. esp 5, p. 299-311, 2019.

LINENKUGEL N. Integrated Health Networks Are Not Created Equal. **Frontiers of Health Services Management**, Philadelphia, v. 17, p. 41-4, 2001.

LINO, M.R.B.; DA ROCHA, R.B.; DA COSTA, K.M.R. Territorialização como ferramenta norteadora das práticas de residentes em saúde da família. **Revista Eletrônica Acervo Saúde/Electronic Journal Collection Health**, v. 2178, p. 2091, 2017.

LONGPRÉ C.; DUBOIS, C. A. Implementation of integrated services networks in Quebec and nursing practice transformation: convergence or divergence? **BMC Health Services Research**, Chicago, v. 15, n. 84, p. 1-13, 2015.

MACEDO, L. M.; MARTIN, S. T. F. Interdependence between the levels of care in Brazilian Health System (SUS): meanings of integrality reported by primary care workers. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 51, 2014.

MACIEL, M. A. S.; SANTOS SILVA, P. C.; OLIVEIRA, L. F. Percepção dos usuários de uma Estratégia de Saúde da Família sobre o Acolhimento. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v.11, n.14, p. e1095, 2019

MAGALHÃES JUNIOR, H. M.; JAIME, P. C.; LIMA, A. M. C. O papel do setor saúde no Programa Bolsa Família: histórico, resultados e desafios para o Sistema Único de Saúde. In: **CAMPOLLO, T; NERI, M. C. (Org.). Programa Bolsa Família: uma década de inclusão e cidadania**. Ipea, Brasília, 2013

MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, 2014; 52:15-37.

MALCOM, L.; WRIGHT, L.; CARSON, L. Integrating primary and secondary care: the case of Christchurch South Health Centre. **The New Zealand Medical Journal**, Wellington, v. 113, p. 514- 517, 2000.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010.

MANGAN, C.; PIETRONI, M.; PORTER, D. "Being brave": A case study of how an innovative peer review approach led to service improvement. **Journal of Integrated Care**, London, v. 24, n. 4, p. 201-213, 2016.

MANTHORPE, J.; LLIFFE, S. Joining up dementia: not as easy as it sounds. **Journal of Integrated Care**, London, v. 25, n. 4, p. 280-287, 2017.

MARRIOTT, J.; MABLE, A. L. Integrated Health Organizations in Canada: Developing the Ideal Model. **Healthcare Papers**, Toronto, v. 1, p. 76–87, 2000.

MARRIOTT, J.; MABLE, A. L. Integration: Follow Your Instincts, Ignore the Politics, and Keep Your Eyes on the Ideal Model. **Canadian Journal of Public Health**, Ottawa, v.89, n.x, p. 293–4, 1998.

MCDONALD, K. M.; et al. Care Coordination Atlas Version. **AHRQ Publication; Rockville**, 2014.

MENDES, E. V. Redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Organização Panamericana da Saúde**, 2ª edição. Brasília, 2011.

MENDES, E.V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**, v. 52, p. 38-49, 2014.

MENDONÇA, C.S. et al. O fortalecimento da Atenção Primária à Saúde nos municípios da Região Metropolitana de Porto Alegre, Brasil, após a inserção no Programa Mais Médicos: uma comparação intermunicipal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro v.21, n.9, p.2871-2878, 2016

MENDONÇA, C.S.; LEOTTI, V.B.; DIAS-DA-COSTA, J.S.; HARZHEIM, E. Hospitalizations for primary care sensitive conditions: association with socioeconomic status and quality of family health teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy and Planning**, v.32, n. 10, p. 1368-1374, 2017.

MINKMAN, M. M. N. Values and Principles of Integrated Care. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 16, n. 1:2, pp. 1–3, 2016.

MINKMAN, M. The current state of integrated care: an overview. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 20, n. 6, p. 346-58, 2012.

MINKMAN, M.; VERMEULEN, R.; AHAUS, K.; HUIJSMAN, R. The implementation of integrated care: The empirical validation of the Development Model for Integrated Care. **BMC Health Services Research**, Chicago, v.11, p. 177-87, 2011.

MISHIMA, S. M.; PEREIRA, F. H.; MATUMOTO, S.; FORTUNA, C. M.; FORTUNA, C. M.; PEREIRA, M. J. B.; CAMPOS, A. C.; PAULA, V. G.; DOMINGOS, M. M. L. N. A assistência na saúde da família sob a perspectiva dos usuários. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 148-155, 2010.

MISTRY, B.; BAINBRIDGE, D.; BRYANT, D.; et al. What matters most for end-of-life care? Perspectives from community-based palliative care providers and administrators. **BMJ Open**, London, n. 5, v. 6, p. e007492, 2015

MOLL, M. F. et al. The knowledge of nurses on health care networks. **Journal of Nursing UFPE online**, Recife, v. 1, n.11, p. 86-93, 2017.

MOURA, R. H.; LUZIO, C. A. Institutional support as one of the faces of the support function in Family Health Support Centers (FHSCs): going beyond the guidelines. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, n. 18, n. Supl 1 p. 957-70, 2014.

NAVARRETE, M. L.; VARGAS, L. I. Organizaciones sanitarias integradas: um estudo de casos. Barcelona: **Consorci Hospitalari de Catalunya**, Barcelona, 2007

NIKBAKHT-VAN, M.; PRUYN J. F. A.; VAN DER RIJT C. C. D. Function of local networks in palliative care: A Dutch view. **Journal of Palliative Medicine**, Columbus, v. 8, n. 4, p. 808-816, 2005.

NORONHA, J. C.C Redes integradas de cuidados e a pesquisa necessária. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 52, p. 50-53, 2014.

OELKE, N. D.; SUTER, E.; DIAS DA SILVA LIMA, M. A et al. Indicators and measurement tools for health system integration: a knowledge synthesis protocol. **Systematic Reviews**, London, v. 4, p. 99, 2015.

OLIVEIRA, M. P. R.; et al. Formação e Qualificação de Profissionais de Saúde: Fatores Associados à Qualidade da Atenção Primária. **Revista Brasileira de Educação Médica**; v. 40, n. 4, p. 547-559, 2016.

OLIVEIRA, A. M. C.; DALLARI, S. G. Análise dos fatores que influenciam e condicionam a participação social na Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial, p. 202-213, 2017.

OLIVEIRA, A. P. C. et al. Desafios para assegurar a disponibilidade e acessibilidade à assistência médica no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1165-1180, 2017.

OREILLY, O. et. al. Irish Integrated Care Programme for Chronic Disease - Supporting General Practice. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 17 n. 3, p. 1-8, 2017.

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.

OSMAN, L. M.; ABDALLA, M. I.; RUSSELL, I. T.; FIDDES, J.; FRIEND, J. A.; LEGGE, J. S.; DOUGLAS, J. G. Integrated care for asthma: matching care to the patient. **European Respiratory Journal**, Sheffield, v. 9, p. 444-448, 1996.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, PAHO. Renewing Primary Health Care in the Americas. Concepts, Policy Options and a Road Map for Implementation in the Americas. **World Health Organization (PAHO/WHO)** Washington, 2010.

PINTO JÚNIOR, V. C. et. al. Proposal of an Integrated Health Care Network System for Patients with Congenital Heart Defects. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, São José do Rio Preto, v. 31, n. 3, p. 256-60, 2016.

PIRES et al., Gestão em saúde na Atenção Primária: O que é tratado na literatura. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 28: e20160426, 2019.

PUCCI, V. R. **Avaliação do Atributo da Integralidade na Atenção Primária à Saúde em municípios da Região Centro-oeste no Rio Grande do Sul: PCATool-Brasil Versão Profissionais**. Dissertação (Mestrado) – Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Santa Maria, 2017.

POLIT D.F.; BECK C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre, Artmed, 2019.

POPOLIN, M. P. **Os determinantes das internações por tuberculose em Ribeirão Preto: uma abordagem geocológica**. Tese (Doutorado) – Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, 2017.

POPOLIN, M. P.; et al. Integrated health service delivery networks and tuberculosis avoidable hospitalizations: is there a relation between them in Brazil? **BMC Health Services Research**, Chicago, v. 16, n. 78, p. 1-11, 2016.

PORTO ALEGRE, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão - 2016. Porto Alegre, 2016.

PORTO ALEGRE, Prefeitura Municipal. Observa POA. Observatório da Cidade de Porto Alegre. Porto Alegre, RS, 2017.

PORTO ALEGRE, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde 2018-2021. Porto Alegre, 2017.

QUEVEDO, André Luis Alves de et al. Social conditionants and determinants: forms of use in the national and state health plans. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 823-842, 2017

RAMOS, A. L. P. **Atenção Primária à Saúde e Terceirização: um estudo sobre as capitais brasileiras com base em indicadores**. Dissertação apresentada ao Programa de

Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, 2016.

RAUS, K.; MORTIER, E.; EECKLOO, K. Organizing Health Care Networks: Balancing Markets, Government and Civil Society. **International Journal of Integrated Care**, London, v.18, n.6, 2018.

REGO, A.S.; RADOVANOVIC, C.A.T. Adesão/vínculo de pessoas com hipertensão arterial na Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.71, n. 3, p.1030-1037, 2018.

REHEM, T.C.M.S.B.; OLIVEIRA, M.R.F.; AMARAL, T.C.L.; CIOSAK, S.I.; EGRY, E.Y. Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária em uma metrópole brasileira. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, p.884–90, 2013.

RITTENHOUSE, D. R.; CASALINO, L. P.; GILLIES, R. R.; SHORTELL, S. M.; LAU, B. Measuring the medical home infrastructure in large medical groups. **Health Affairs**, North Hollywood v. 27, n. 5, p. 1246-1258, 2008.

RODRIGUES, L. B. B. **Adaptação e validação de um instrumento para avaliar a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde: fase I**. Tese (Doutorado) – Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública . Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, 2013.

RODRIGUES, L. B. B.; DOS SANTOS, C. B.; GOYATÁ, S. L. T.; et al. Assessment of the coordination of integrated health service delivery networks by the primary health care: COPAS questionnaire validation in the Brazilian context. **BMC Family Practice**, New Jersey v. 16, n. 87, p. 1-9, 2015.

RODRIGUES, L. B. B.; LEITE, A. C.; YAMAMURA, M.; DEON, K. C.; ARCENCIO, R. A. Coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária: validação semântica de um instrumento adaptado. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1384-1390, 2014.

ROMERO, M. P et al. Líneas estratégicas para mejorar la calidad de la atención al paciente crónico polimedicado. **Journal of Healthcare Quality Research**, v. 34, n. 6, p. 314-322, 2019

RUSH, K. L.; OELKE, N. D.; REID, C. R.; LABERGE, C.; HALPERIN, F.; KJORVEN, M. Risks and older adults with atrial fibrillation in rural communities: an integration lens. **Journal of Integrated Care**, London, v. 24, n. 4, p.188-200, 2016.

SACCO, R.C.C.S. et al. Avaliação da microgestão em Unidades Básicas de Saúde em ações para idosos em uma região de saúde do Distrito Federal, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2173-2183, 2019.

- SANTOS, A. M. dos; GIOVANELLA, L. Regional governance: strategies and disputes in health region management. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 622-631, 2014.
- SANTOS, C. M. BARBIERI, A.R.; GONCALVES, C. C. M. TSUHA, D.H. Avaliação da rede de atenção ao portador de hipertensão arterial: estudo de uma região de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 5, p. e00052816, 2017
- SANTOS, D.C. dos; FERREIRA, J.B.B. O prontuário da família na perspectiva da coordenação da atenção à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1121-1137, 2012.
- SANTOS, R.O.M.S.; ROMANO, V.F.; ENGSTROM, E.M. Vínculo longitudinal na Saúde da Família: construção fundamentada no modelo de atenção, práticas interpessoais e organização dos serviços. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 28, n.2, p. e280206, 2018.
- SANTOS, V. C. F. dos; GERHARDT, T. E. A mediação em saúde: espaços e ações de profissionais na rede de atenção à população rural. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, n. 4, p. 1164-1179, 2015.
- SHAPIRO, S.S. WILK, M.B. An analysis of variance test for normality (complete sample). **Biometrika**, London, v. 52, n. 3/4, p. 591-611, 1965.
- SHAW, S.; ROSEN, R.; RUMBOLD, B. What is integrated care? An overview of integrated care in the NHS. **The Nuffield Trust**, London, 2011.
- SHORTELL, S. M. et al. Remaking health care in America: building organized delivery systems. Jossey-Bass, San Francisco, 1996.
- SHORTELL, S. M.; GILLIES, R. R.; ANDERSON, D. A.; ERICKSON, K. M.; MITCHELL, J. B. Integrating Health Care Delivery. **Health Forum Journal**, San Francisco, v. 43, p. 35-9, 2000.
- SHORTELL, S. M.; KALUZNY, A. D. **Health care management: organization, design, and behavior**. Thomson Delmar Learning, New York, 2006.
- SILVA, R. M. da; ANDRADE, L. O. M. de. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 24, p.1207-1228, 2014.
- SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.
- SILVA, S. F. Redes de atenção à saúde desafios para regionalização. **Saberes**. 2ª edição. 2013.

SIMON, G. E.; VON KORFF, M.; RUTTER, C.; WAGNER, E. Randomised trial of monitoring, feedback and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. **BMJ**, v. 320, p. 550-554, 2000.

SINGH, D. **Transforming chronic care: evidence about improving care for people with long-term conditions**. University of Birmingham - Health Services Management Center, Birmingham, 2005.

SISSON, M. C. et al. Estratégia de saúde da família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 4, n. 20, p.991-1004, mar. 2011.

SOARES, E. P.; SCHERER, M. D. A.; O'DWYER, G. Inserção de um hospital de grande porte na Rede de Urgências e Emergências da região Centro-Oeste. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 39, n. 106, p. 616-626, 2015.

SOUSA, F. S. P. de et al. Tecendo a rede assistencial em saúde mental com a ferramenta matricial. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 21, p. 1579-1599, 2011.

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

STARFIELD, B.; XU, J.; SHI, L. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, London, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

STRANDBERG-LARSEN, M.; KRASNIK, A. Measurement of integrated healthcare delivery: a systematic review of methods and future research directions. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 9, n. 01, p. 1-10, 2009.

SUTER, E. et al. Indicators and Measurement Tools for Health Systems Integration: A Knowledge Synthesis. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 17, n. 4, p. 1-7, 2017.

SUTER, E.; OELKE, N. D.; ADAIR, C. E.; ARMITAGE, G. D. Ten Key Principles for Successful Health Systems Integration. **Healthcare Quarterly**, Toronto, v. 13, n. Spec, p. 16-23, 2009

SYLVIE, P.; RAYNALD, P.; DOMINIQUE, G.; et al. Implementation of an integrated primary care cardiometabolic risk prevention and management network in Montréal: does greater coordination of care with primary care physicians have an impact on health outcomes? **Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada - Research, Policy and Practice**, Toronto, v. 37, n. 4, p. 105-113, 2017.

TOMASI, E.; FACCHINI, L. A.; OSORIO, A.; FASSA, A. G. Aplicativo para sistematizar informações no planejamento de ações de saúde pública. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 37, n. 6, p. 800-806, 2003.

TSASIS, P.; EVANS, J.; OWEN, S. Reframing the challenges to integrated care: a complex-adaptive systems perspective. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 12, n. 18, p. 11 folhas, 2012

TURCI, M.A.; COSTA, M.F.L.; MACINKO, J. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**. v.31, n.9, p. 1941-1952, 2015.

UCHIMURA, L. Y. T.; VIANA, A. L. D.; SILVA, H. P.; IBANEZ, N. Emergency Care Units (UPAs): management features to the care networks in Paraná. **Saúde em Debate**, São Paulo, v. 39, n. 107, p. 972-983, 2015.

UNUTZER, J. et. al. Improving Mood-Promoting Access to Collaborative Treatment. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. **JAMA**, v. 288, p. 2836-2845, 2002.

VALENTIJN, P. P.; SCHEPMAN, S. M.; WILFRID OPHEIJ, W. SÊNIOR, M. A. B. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. **International Journal of Integrated Care**, London, v. 13, n. 1, 2013.

VARGAS, I.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S.; DE PAEPE, P.; SILVA, M. R. F.; UNGER, J. P.; VÁZQUEZ, M. L. Do existing mechanisms contribute to improvements in care coordination across levels of care in health services networks? Opinions of the health personnel in Colombia and Brazil. **BMC Health Services Research Journal**, Chicago, v.15, n. 213, 2015.

VARGAS, I.; MOGOLLÓN-PÉREZ, A. S.; UNGER, J. P.; SILVA, M. R. F.; PAEPE, P.; VÁZQUEZ, M. L. Regional-based Integrated Healthcare Network policy in Brazil: from formulation to practice. **Health Policy and Planning**, London, v. 30, p. 705-17, 2015.

VARGAS, I. et al. Barriers to healthcare coordination in market based and decentralized public health systems: a qualitative study in healthcare networks of Colombia and Brazil. **Health Policy and Planning**, London, v. 31, n. 6, 2016.

VETTER, M. J.; BRISTOW, L.; AHRENS, J. A model for home care clinician and home health aide collaboration: diabetes care by nurse case management and community health workers. **Home Healthcare Nurse**, v.22, p. 645-648, 2004.

VITORIA, A.M.; HARZHEIM, E.; TAKEDA, S.P.; HAUSER, L. Avaliação dos atributos da atenção primária à saúde em Chapecó, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.8, p.285-93, 2013.

WAGNER, E. H. et. al. Quality improvement in chronic illness care: a collaborative approach. **The Joint Commission Journal on Quality Improvement**, St. Louis, v. 27, p. 63-80, 2001.

WAGNER, E. H.; DAVIS, C.; SCHAEFER, J.; VON KORFF, M.; AUSTIN, B. A survey of leading chronic disease management programs: are they consistent with the literature? **Managed Care Quarterly**, v. 7, p. 56-66, 1999.

WANG, R.; ZHAO, Y.; HE, X. et al. Impact of hypertension on health-related quality of life in a population-based study in Shanghai, China. **Public Health**, London, v.123, p. 534–539, 2009.

WANGI, H.H. et al. Attributes of primary care in community health centres in China and implications for equitable care: a cross-sectional measurement of patients' experiences. **QJM**, v. 108, p.549-60, 2015.

WESTHEIMER, J. M. Primary Care Providers' Perceptions of and Experiences With an Integrated Healthcare Model. **Journal of American College Health**, Hanover, v. 57, n. 1, 2010.

WILLEM, A.; GEMMEL, P. Do governance choices matter in health care networks?: an exploratory configuration study of health care networks. **BMC Health Services Research**, Chicago, v. 13, n. 229, p. 1-10, 2013.

WILSON, B.; ROGOWSKI, D.; POPPLEWELL, R. Integrated Services Pathways (ISP): A Best Practice Model. **Australian Health Review**, Sydney, v. 26, p. 43–51, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Declaração de Alma-Ata. **In: Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma Ata, Cazaquistão, p. 6-12, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated health services: what and why?** Geneva, World Health Organization, Washington, 2008.

APÊNDICE A – MANUAL DE ORIENTAÇÕES PARA COLETA DE DADOS DO ESTUDO “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO”



MANUAL DE INSTRUÇÕES PARA COLETA DE DADOS DO PROJETO: “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PARA COORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO”

Adalvane Nobres Damaceno

Maria Alice Dias da Silva Lima

Porto Alegre, 27 de fevereiro de 2018.

ENDEREÇOS E TELEFONES

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Escola de Enfermagem

Rua São Manoel, 963 - Campus Saúde - Bairro Rio Branco - Porto Alegre - RS - CEP:
90620-110 - Fone: 51 3308.5226

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Av. Paulo Gama – Reitoria – Sala 317 – Telefone: (51) 33083728

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre Rua Ramiro
Barcelos -2º andar - Sala 2227N - Telefone: (51) 3359.8304

Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, na Rua
Capitão Montanha, 27 – 7º andar (Centro Histórico) – Fone: (51) 3289-5517.

SUPERVISOR

Nome: Adalvane Nobres Damaceno

Telefone: 55 9 91898941

E-mail: adalvane.damaceno@gmail.com

**Caso você precise de mais material ou tenha qualquer problema ou dúvida
durante o trabalho de campo pode ligar para o supervisor.**

**Semanalmente, teremos encontro para ajudar na solução de algum problema,
recolhimento de material e entrega de mais materiais.**

ORIENTAÇÕES GERAIS

INTRODUÇÃO

O manual de instruções serve para esclarecer suas dúvidas. DEVE ESTAR SEMPRE COM VOCÊ. Erros no preenchimento do questionário poderão indicar que você não consultou o manual. RELEIA O MANUAL PERIODICAMENTE.

TENHA SEMPRE COM VOCÊ:

- ✓ Crachá de identificação;
- ✓ Cartão UFRGS
- ✓ Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa
- ✓ Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (sempre em dobro para o número de entrevistas propostas para o dia da coleta).
- ✓ Manual de instruções;
- ✓ Instrumento COPAS
- ✓ Lápis, borracha, apontador e caneta.

OBS: Levar o material para o trabalho de campo em número maior que o estimado.

ORIENTAÇÕES NA APRESENTAÇÃO DO ENTREVISTADOR









- ✓ Informe quem você é e diga o MOTIVO da visita: REALIZAR UMA PESQUISA SOBRE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE;
- ✓ Informe ainda que você está vinculado a UFRGS;
- ✓ Diga ao entrevistado que ele tem toda a liberdade para manifestar suas opiniões, tanto as negativas, como as positivas;
- ✓ Reforçar a IMPORTÂNCIA do estudo;
- ✓ Diga que a entrevista vai durar em torno de 30 minutos;
- ✓ Mostre sua identificação carteira de identidade e crachá;

INSTRUÇÕES GERAIS PARA APLICAÇÃO DO COPAS

Tente sempre chamar o entrevistado por seu nome.








- ✓ Seja simpático. O instrumento é longo e seu preenchimento dependerá de sua empatia com o entrevistado. Saliente que esta pesquisa será importante para melhorar os serviços de saúde da comunidade;
- ✓ Tenha sempre o telefone do responsável pela pesquisa, caso necessite acessá-lo com rapidez;
- ✓ Faça leitura prévia em seu domicílio do instrumento. Quanto mais familiarizado com ele você estiver, mais fluente será a sua aplicação;
- ✓ Formule os itens exatamente como estão escritos. Fale sempre devagar. Caso a pessoa não entenda, repita devagar o item. Não induza as respostas;
- ✓ Sempre mostre o Cartão Resposta OU *tablet*. Quando indicado, leia as alternativas e marque corretamente;
- ✓ Algumas pessoas podem acabar se prolongando demais na hora de responder ao instrumento, tangenciando as respostas, contando histórias, etc. Para tornar a conversa mais fluida e a aplicação possível operacionalmente, devemos ser ágeis e evitar que a conversa fuja demais do instrumento. É preciso ter sensibilidade e tato para interromper com educação e fazer as pessoas retornarem aos itens;
- ✓ Nunca demonstre censura, aprovação, reprovação ou surpresa diante das respostas. Lembre-se de que o propósito da entrevista é obter informações e não transmitir ensinamentos ou influenciar conduta das pessoas. A postura do entrevistador deve ser sempre neutra em relação às respostas;
- ✓ Quando uma resposta parecer pouco confiável repita o item de maneira mais enfática, cuidando para não induzir a resposta. Se você perceber um certo viés nas respostas por receio de falar a verdade, ou por gostar demais do profissional ou lhe ter antipatia, fale novamente sobre o caráter neutro e independente da pesquisa, e de que as respostas devem ser sinceras;
- ✓ Se as respostas forem duvidosas quanto ao nível de concordância ou discordância (Ex: “Concordo” ou “Concordo totalmente”), perguntar se o participante consegue se decidir;
- ✓ Se a resposta do participante for “sim”, releia as alternativas “Concordo” e “Concordo totalmente” e peça para ele escolher. Se, por outro lado, a resposta for “não”, releia as alternativas “Discordo” ou “Discordo totalmente”;
- ✓ Lembre-se: o instrumento é individual.
- ✓ Ao terminar o instrumento, ainda no serviço de saúde, revise rapidamente todas as páginas para ver se nenhum item foi esquecido e SALVE;
- ✓ Lembre-se: o instrumento é individual.
- ✓ As letras e números devem ser escritos de maneira absolutamente legíveis, sem deixar margem para dúvidas. USE LETRA DE FORMA;
- ✓ Nunca deixe uma resposta em branco, a não ser as dos “pulos” indicados no instrumento;
- ✓ Não use abreviações ou siglas, a menos que tenham sido fornecidas pelo manual.
- ✓ Agradeça a participação!








INSTRUÇÕES ESPECÍFICAS








UNIDADES DE SAÚDE - ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA		
NORTE/EIXO BALTAZAR		
1		<p>ESF - Asa Branca</p> <p>Endereço: Rua 25 de Outubro,318-Sarandi</p> <p>Telefone: (51)3356-3479</p> <p>Horário: 8h às 12h e das 13h às 17h.</p>
2		<p>ESF - Beco dos Coqueiros</p> <p>Endereço: Rua Homero Guerreiro, 553</p> <p>Telefone: (51) 3368-8041</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
3		<p>ESF - Jenor Jarros</p> <p>Endereço: Rua Mário Arnaud Sampaio, 45 - Rubem Berta</p> <p>Telefone: (51) 3387-7232</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
4		<p>ESF - Nova Gleba</p> <p>Endereço: Rua Paulo Henrique 171 - Rubem Berta</p> <p>Telefone: (51) 3367-2907</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
5		<p>ESF - Passo das Pedras</p> <p>Endereço: Av. 10 de Maio, 255 - Passo das Pedras</p> <p>Telefone: (51) 3347-7170</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
6		<p>ESF - Passo das Pedras II</p> <p>Endereço: Av. 10 de Maio, 255 - Passo das Pedras</p> <p>Telefone: (51) 3347-7170</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
7		<p>ESF - Planalto</p> <p>Endereço: Rua Carlos Salzano Vieira da Cunha, 56, Jardim Planalto - Passo das Pedras</p> <p>Telefone: (51) 3347-0877</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
8		<p>ESF - Santa Fé</p> <p>Endereço: Rua Professor Álvaro Barcellos, 520 - Rubem Berta</p> <p>Telefone: (51) 3368-3487</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>







9		<p>ESF - Santa Maria</p> <p>Endereço: Rua Geraldina Batista, 111 - Rubem Berta</p> <p>Telefone: (51) 3344-8209</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
10		<p>ESF - Santo Agostinho</p> <p>Endereço: Rua João Paris, 180 – Sarandi</p> <p>Telefone: (51) 3365-7900</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
11		<p>ESF - Família São Borja</p> <p>Endereço: Rua Martim Ferreira de Carvalho, 271</p> <p>Telefone: (51) 3364-4998</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
12	Imagem não disponível	<p>ESF - Jardim Leopoldina (Hospital Conceição)</p> <p>Endereço: Rua Orlando Aita, 130 - Jardim Leopoldina</p> <p>Fone (51) 3348-7070.</p>
13	Imagem não disponível	<p>ESF - Nossa Senhora Aparecida (Hospital Conceição)</p> <p>Fone (51) 3364 – 1428</p>
SUL/CENTRO SUL		
14		<p>ESF – Alto Erechim</p> <p>Endereço Rua Ney Cabral, 581 - Nonoa</p> <p>Telefone: (51) 3241-4362</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
15		<p>ESF- Cidade de Deus</p> <p>Endereço: Rua da Fé, 350 - Cavalhada</p> <p>Telefone: (51) 3248-3477 / (51) 3289-5571</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
16		<p>ESF - Morro dos Sargentos I e II</p> <p>Endereço: Rua Nelson Dalmas, 227 - Bairro Serraria</p> <p>Telefone: (51) 3246-9206 / 3289-5576 / 3289-5577</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
17	Imagem não disponível	<p>ESF- São Vicente Mártir</p> <p>Endereço: Rua Emília Perroni Fernandes, 120</p> <p>Telefone: (51) 3269-0508 / (51) 3289-5550 / (51) 3289-5551</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>

18		<p>ESF - Campos do Cristal</p> <p>Endereço: Beco do Império, Acesso J, 541- Bairro Vila Nova</p> <p>Telefone: (51) 3246-9681 / 3289-5568 / 3289-5569</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
19		<p>ESF - Moradas da Hípica</p> <p>Endereço: Rua Geraldo Tollens Linck, 235 - Aberta dos Morros</p> <p>Telefone: (51) 3289-5587 / (51) 3264-1352</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
20		<p>ESF- Vila Nova Ipanema</p> <p>Endereço: Rua Nova Ipanema, 130.</p> <p>Telefone: (51) 3266-3103 / 3289-5768 / 3289-5767</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h</p>
21		<p>ESF - Família COHAB Cavalhada</p> <p>Endereço: Rua Paulo Maciel, 220 - Bairro Cavalhada.</p> <p>Telefone: (51) 3245-6579</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h</p>
RESTINGA/EXTREMO SUL		
22		<p>ESF - Quinta Unidade</p> <p>Endereço: Acesso Nº2, 20, 5ª UV - Restinga</p> <p>Telefone: (51) 3250-5685</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
23		<p>ESF - Castelo</p> <p>Endereço: Rua João Antonio da Silveira, 2739, Restinga</p> <p>Telefone: (51) 3289-5593 / 5592</p> <p>Horário: 8h às 12h e das 13h às 17h.</p>
24		<p>ESF - Chácara do Banco</p> <p>Endereço: Travessa F, 20, Chácara do Banco – Restinga.</p> <p>Telefone: (51) 3250-5222</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
25		<p>ESF - Ponta Grossa</p> <p>Endereço: Estrada Retiro da Ponta Grossa, 3.023</p> <p>Telefone: (51) 3246-2348</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
26		<p>ESF Pitinga e ESF Quinta Unidade</p> <p>Endereço: Acesso Nº2, 20, 5ª UV – Restinga.</p> <p>Telefone: (51) 3250-5685</p>

		Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
GLÓRIA/CRUZEIRO/CRISTAL		
27		ESF - Alto Embratel Endereço Rua 22 de Julho, 2351-Cascata. Telefone: (51)3318-4776 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
28	Imagem não disponível	ESF - Cruzeiro do Sul Endereço: Rua Dona Malvina, acesso A, 195 - conhecido como acesso A, Vila Barracão - Bairro Santa Tereza Telefone: (51) 3266-6600 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
29		ESF- Divisa Endereço: rua Upamoroti, 735 - Cristal Telefone: (51) 3241-5086 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
30		ESF - Graciliano Ramos Endereço: Rua A, 105, Vila Graciliano Ramos Telefone: (51) 3352-2822 Horário: 8h às 12h e das 13h às 17h
31		ESF - Jardim Cascata Endereço: Rua Martins de Carvalho, 109 - Cascata Telefone: (51) 3318-7127 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h
32		ESF - Mato Grosso Endereço: rua Octávio de Souza, 1818 - Teresópolis Telefone: (51) 3266-2029 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
33		ESF - Nossa Senhora das Graças Endereço: Rua Diomário Moojem, 100 - Bairro Cristal Telefone: (51) 3249-1476 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
34		ESF - Orfanotrófio Endereço: Rua Orfanotrófio, Beco 9, s/nº - Santa Tereza Telefone: (51) 3266-2086 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h

35		<p>ESF - Osmar Freitas</p> <p>Endereço: rua Jorge Simon, 146 - Santa Tereza</p> <p>Telefone: (51) 3231-8388</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
36		<p>ESF - Rincão I e II</p> <p>Endereço: Estrada Afonso Lourenço Mariante, 1394 - Belém Velho</p> <p>Telefone: (51) 3241-4770</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h</p>
37		<p>ESF - São Gabriel</p> <p>Endereço: Rua Gilberto Jaime, 65B - Camaquã</p> <p>Telefone: (51) 3241-2744</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h</p>
38	Imagem não disponível	<p>ESF - Santa Anita</p> <p>Endereço: Rua Gregório da Fonseca, 98 - Nonoai</p> <p>Telefone: (51) 3289-5556 ou 5557</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h</p>
39		<p>ESF - Santa Tereza</p> <p>Endereço: Rua Dona Otília, 5 - Santa Tereza</p> <p>Telefone: (51) 3232-9773</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h</p>
40		<p>ESF - Nossa Senhora de Belém</p> <p>Endereço: Rua João do Couto, 294, Belém Velho</p> <p>Telefone: (51) 3266-9139</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h</p>
NOROESTE/HUMAITÁ/NAVEGANTES/ILHA		
41		<p>ESF - Mário Quintana</p> <p>Endereço: Rua 698, 106, Vila Farrapos</p> <p>Telefone: (51) 3325-9692</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
42		<p>ESF - Nazaré</p> <p>Endereço: rua A, acesso 1, s/nº, Sarandi</p> <p>Telefone: (51) 3347-4162 / 3340-3199</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>

43		<p>ESF - Ilha da Pintada</p> <p>Endereço: Avenida Presidente Vargas, 390, Arquipélago</p> <p>Telefone: (51) 3211-7582 / 3289-2680</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
44	<p>Imagem não disponível</p>	<p>ESF - Ilha dos Marinheiros</p> <p>Endereço: Rua Santa Rita de Cássia, s/nº, Ilha dos Marinheiros</p> <p>Telefone: (51) 3289-5627</p> <p>Horário: 8h as 12 e 13h às 17h.</p>
PARTENON/LOMBA DO PINHEIRO		
49		<p>ESF - Ernesto Araújo</p> <p>Endereço: Rua Ernesto Araújo, 443</p> <p>Telefone: (51) 3352-3111</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
50		<p>ESF - Esmeralda</p> <p>Endereço: Rua Dolores Duran, 1621, Agronomia</p> <p>Telefone: (51) 3319-1177</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
51		<p>ESF – Panorama</p> <p>Endereço: Estrada João de Oliveira Remião, 6505, Lomba do Pinheiro</p> <p>Telefones: (51) 3322-3241 / 3317-3338 3289-8223 / 8224 / 8247</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
52		<p>ESF – Pitoresca</p> <p>Endereço: Rua Pitoresca, 740 – Partenon</p> <p>Telefone: (51) 3384-5074</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
53		<p>ESF - Vila São Pedro</p> <p>Endereço: Rua São Pedro, 526, Lomba do Pinheiro</p> <p>Telefone: (51) 3319-2199</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
54		<p>ESF - Vila Viçosa</p> <p>Endereço: rua Orquídea, 501, parada 13, Lomba do Pinheiro</p> <p>Telefone: (51) 3319-2399</p>





		Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
55		ESF - Herdeiros Endereço: Rua Alfredo Torres T. Vasconcelos, 90 Telefone: (51) 3319-9884 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
56		ESF - Maria da Conceição Endereço: rua Mário de Artagão, 13 Telefone: (51) 3384-6678 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
LESTE/NORDESTE		
57		ESF - Batista Flores Endereço: Av. Serafim Machado, 215- Protásio Alves Telefone: (51) 3387-6033 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
58		ESF - Jardim Carvalho Endereço: Rua 2 com Rua 3 número 10 - Cefer 1 Bairro Jardim Carvalho Telefone: (51) 3387-6033 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
59		ESF - Jardim da Fapa Endereço: Rua Cristal da Paz, 146 - Mário Quintana Telefone: (51) 3387-2414 / (51) 3289-5616 / (51) 3289-5617 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
60	Imagem não disponível	ESF - Jardim Protásio Alves Endereço: Rua das Violetas (Rua 4), 2 - Jardim Protásio Alves Telefone: (51) 3387-5134 / (51) 3381-0642 / (51) 3289-5791 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
61		ESF - Mato Sampaio Endereço: Rua 27 nº 685 - Mato Sampaio - Bairro Bom Jesus Telefone: (51) 3334-0758 / (51) 3289-5783 / (51) 3289-5784 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
62	Imagem não disponível	ESF - Milta Rodrigues



		<p>Endereço: Rua Comendador Eduardo Secco, 200 - Jardim Carvalho</p> <p>Telefone: (51) 3386-8073 / (51) 3289-5634 / (51) 3289-5635.</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
63		<p>ESF - Safira Nova</p> <p>Endereço: Rua Alberto Galia, 230 - Mário Quintana</p> <p>Telefone: (51) 3289-5638 / 3389-1243</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
64		<p>ESF – Safira</p> <p>Endereço: Av. Delegado Ely Correa Prado,945 - Mario Quintana</p> <p>Telefone: (51) 3387-6611</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
65		<p>ESF – Tijuca</p> <p>Endereço: Rua Reverendo Daniel Betts, 321 - Protásio Alves</p> <p>Telefone: (51) 3386-4341 / 3289-5685 / 3289-5684</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
66		<p>ESF – Laranjeiras</p> <p>Endereço: Rua 5, nº 24, Morro Santana</p> <p>Telefone: (51) 3397-0510</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
67		<p>ESF – Timbaúva</p> <p>Endereço: Rua 2.042, 1.051 - Timbaúva</p> <p>Telefone: (51) 3368-2808</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
68		<p>ESF - Vila Brasília</p> <p>Endereço: rua Juvenal da Cruz, 246 - Jardim Carvalho</p> <p>Telefone: (51) 3289-8202</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
69		<p>ESF - Vila Pinto</p> <p>Endereço: Beco 5 nº 565 - Vila Pinto</p> <p>Telefone: (51) 3386-2333 / 3289-5642 / 3289-5643</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>






70		<p>ESF - Wenceslau Fontoura</p> <p>Endereço: Rua José Luiz Martins Costa, 200 - Bairro Mario Quintana Rua Jorge Amado, 180 - Provisório devido reforma</p> <p>Telefone: (51) 3289-5631 / (51) 3366-2014 / (51) 3289-5630</p> <p>Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.</p>
CENTRO		
71	Imagem não disponível	<p>ESF - Santa Cecília</p> <p>Endereço da Unidade: Rua São Manoel, 543 Telefones: Recepção: (51) 3359-8685</p>
72		<p>Centro de Saúde Santa Marta</p> <p>Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - Centro Telefones 3289-2974 / 2979 / 2976</p>


UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE		
CENTRO		
1	Imagem não disponível	<p>UBS - Santa Cecília</p> <p>Endereço da Unidade: Rua São Manoel, 543 Telefones: Recepção: (51) 3359-8685</p>
LESTE / NORDESTE		
2		<p>UBS - Chácara da Fumaça</p> <p>Endereço: Estrada Martim Félix Berta, 2.432 - Mario Quintana Telefone: (51) 3386-1166 / (51) 3289-5691</p> <p>Horário: 07h às 20h.</p>
3		<p>UBS - Morro Santana</p> <p>Endereço: rua Marieta Menna Barreto, 210 - Morro Santana Telefones: (51) 3387-8838 / (51) 3289-5696 Horário: 7h às 18h</p>
4		<p>UBS - Vila Jardim</p> <p>Endereço: rua Nazareth, 570 - Bom Jesus Telefone: (51) 3334-1083 / (51) 3289-5738 (secretaria) Horário: 7h às 18h.</p>
SUL/ CENTRO SUL		

5		<p>UBS - Beco do Adelar</p> <p>Endereço: Avenida Juca Batista, 3.480 - Cavahada Telefone: 3264-0560 / 3311-0121 Horário: 7h às 18h.</p>
6	Imagem não disponível	<p>UBS - Calábria</p> <p>Endereço: rua Gervásio da Rosa, 51- Vila Nova Telefone: 3266-1958 / 3289-5559 Horário: 7h às 18h</p>
7	Imagem não disponível	<p>UBS - Camaquã</p> <p>Endereço: Rua Doutor Pitta Pinheiro Filho, 176 - Camaquã Telefone: 3249-2799 / 3249-5367 / 3289-5613 / 3289-5610 / 3289-5608 Horário: 7h às 20h.</p>
8		<p>UBS - Campo Novo</p> <p>Endereço: Rua Colina, 160 - Bairro Campo Novo Telefone: 3245-3972 / 3289-5578 / 3289-5579 Horário: 7h às 17h.</p>
9	Imagem não disponível	<p>UBS - Guarujá</p> <p>Endereço: Avenida Guarujá, 190 - Guarujá Telefone: 3248-3735 / 3261-5684 / 3289-5787 / 3289-5788 Horário: 7h às 18h.</p>
10		<p>UBS - Ipanema</p> <p>Endereço: avenida Tramandaí, 351- Ipanema Telefone: (51) 3246-7099 / 3246-5675 / 3289-5584 / 3289-5585 / 3246-7099 Horário: 7h às 18h.</p>
11		<p>UBS - Jardim das Palmeiras</p> <p>Endereço: Rua Ângelo Barboza, 38 - Cavahada Telefone: (51) 3241-2140 / (51) 3289-5560 / (51) 3289-5561 Horário: 07h às 17h</p>
12	Imagem não disponível	<p>UBS - Monte Cristo</p> <p>Endereço: Rua Alfredo da Luz Padilha, 35 - Vila Monte Cristo - Bairro Vila Nova - Rua I, nº 35 Telefone: 3246-1092 / 3289-5580 / 3289-5581 Horário: das 7h às 18h.</p>
13		<p>UBS - Nonoai</p> <p>Endereço: Rua Erechim, 985 - Nonoai Telefone: (51) 3249-1876 / 3242-8869 / 3289-5545 / 3289-5547 / 3289-5539 / 3289-5546 Horário: 7h às 18h.</p>

14		<p>UBS - Tristeza</p> <p>Endereço: Rua Wenceslau Escobar, 2.442 - Cristal</p> <p>Telefone: (51) 3268-8703 / (51) 3289-5764</p> <p>Horário: 07h às 18h.</p>
GLORIA/ CRUZEIRO		
15		<p>UBS –Aparício Borges</p> <p>Endereço: Rua São Miguel,487-Coronel Aparício Borges</p> <p>Telefone: (51)3339-0067</p> <p>Horário: 7h às 12h e 13h às 18h</p>
16	Imagem não disponível	<p>UBS - Belém Velho</p> <p>Endereço: Estrada Costa Gama, 729 - Belém Velho</p> <p>Telefone: (51) 3245-2797</p> <p>Horário: das 7h às 18h.</p>
17	Imagem não disponível	<p>UBS - Cristal</p> <p>Endereço: rua Cruzeiro do Sul, 2702 - Santa Tereza</p> <p>Telefone: (51) 3266-6132</p> <p>Horário: 7h às 18h.</p>
18		<p>UBS - Estrada dos Alpes</p> <p>Endereço: Estrada dos Alpes, 671 - Cascata</p> <p>Telefone: 3336-1022</p> <p>Horário: 7h às 18h.</p>
19	Imagem não disponível	<p>UBS - Glória</p> <p>Endereço: avenida Professor Oscar Pereira, 3.229 - Glória</p> <p>Telefone: (51) 3339-7231</p> <p>Horário: 7h às 18h.</p>
20	Imagem não disponível	<p>UBS - Primeiro de Maio</p> <p>Endereço: rua Professor Oscar Pereira, 6.199 - Cascata</p> <p>Telefone: (51) 3352-2483</p> <p>Horário: 7h às 18h.</p>
21	Imagem não disponível	<p>UBS - Tronco</p> <p>Endereço: rua Nossa Senhora do Brasil, 565 - Santa Teresa</p> <p>Telefone: (51) 3232-0018</p> <p>Horário: 7h às 18h.</p>
22		<p>UBS - Vila Cruzeiro-FASE</p> <p>Endereço: av. Capivari , 2020 - Cristal</p> <p>Telefone: (51) 3266 5065</p> <p>Horário: 7h às 18h.</p>
23	Imagem não disponível	<p>UBS - Vila Gaúcha</p> <p>Endereço: rua Dona Maria, 60 - Santa Teresa</p>

		Telefone: (51) 3233-6092 Horário: 7h às 18h.
NORTE/ EIXO BALTAZAR		
24	Imagem não disponível	UBS - Assis Brasil Endereço: Avenida Assis Brasil, 6.615 - Sarandi Telefones: (51) 3364-5071 Horário: 7h às 18h
25	Imagem não disponível	UBS - Nova Brasília Endereço: Rua Vieira da Silva, 1.016 - Sarandi Telefone: (51) 3364-1731 ou 3344-4663 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
26	Imagem não disponível	UBS - Passo das Pedras Endereço: avenida Gomes de Carvalho, 510 - Passo das Pedras Telefone: (51) 3348-8686 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
27	Imagem não disponível	UBS - Ramos Endereço: Rua K esquina Rua C - Bairro Rubem Berta Telefone: (51) 3367-3321 Horário: 7h às 18h.
28		UBS - Rubem Berta Endereço: rua Wolfram Metzler, 675 - Rubem Berta Telefones: (51) 3366-2811 / 3366-5776 (Fax) Horário: 7h às 18h.
29	Imagem não disponível	UBS - Santa Rosa Endereço: rua Donário Braga s/nº, esquina Rua Heitor Souto, Vila Santa Rosa - Rubem Berta Telefone: (51) 3367-1662 Horário: das 7h às 18h.
30	Imagem não disponível	UBS - São Cristóvão Endereço: Rua Coronel Ricardo Leal Kelleter, 137 - Rubem Berta Telefone: (51) 3366-3872 Horário: 7h às 18h.
31		UBS - Sarandi Endereço: Avenida Francisco Pinto da Fontoura, 341 - Sarandi Telefone: (51) 3365-3177 Horário: 7h às 18h.
32	Imagem não disponível	UBS - Vila Elisabete

		Endereço: rua Paulo Gomes de Oliveira, 170 - Sarandi Telefone: (51) 3364-1342 Horário: 7h às 18h.
PARTENON/LOMBA DO PINHEIRO		
33		UBS –Bananeiras Endereço: Avenida Serafim Machado,215-Protásio Alves Telefone: (51)3387-6033 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
34		UBS - Mapa Endereço: rua Coronel Jaime Rolemberg de Lima, s/n°, parada 4, Lomba do Pinheiro Telefone: (51) 3319-1792 Horário: 7h às 18h.
35		UBS - Panorama Endereço: Estrada João de Oliveira Remião, 6505, Lomba do Pinheiro Telefones: (51) 3322-3241 / 3317-3338 3289-8223 / 8224 / 8247 Horário: 8h às 12h e 13h às 17h.
36		UBS - Pequena Casa da Criança Endereço: rua Mário de Artagão, 13, Partenon Telefone: (51) 3289-5575 Horário: 7h às 18h.
37	Imagem não disponível	UBS - São Carlos Endereço: avenida Bento Gonçalves, 6.670, Agronomia Telefone: (51) 3289-5525 Horário: 7h às 22h.
38	Imagem não disponível	UBS - São José Endereço: Rua Santos Ferreira, N° 60, Partenon Telefone: (51) 3336-5954 Horário: 7h às 18h.
39		UBS - São Miguel Endereço: Av. Ari Tarragô, 337 Telefones: (51) 3289-5606 / 3289-5607 Horário: 7h às 18h.
NOROESTE/HUMAITÁ/ILHAS		
40	Imagem não disponível	UBS - Diretor Pestana Endereço: Rua Dona Teodora, 1.016, Humaitá Telefone: (51) 3289-5664/3289.5665 Horário: 7h às 18h.

41	Imagem não disponível	<p>UBS - Vila Farrapos</p> <p>Endereço: Rua Graciano Camozzato, 185, Farrapos Telefone: (51) 3374-1764 Horário: 7h às 18h</p>
42		<p>UBS - Vila Ipiranga</p> <p>Endereço: Rua Alberto Silva, 1.830, Vila Ipiranga Telefone: (51) 3344-1482 Horário: 7h às 18h.</p>
RESTINGA/EXTREMO SUL		
43	Imagem não disponível	<p>UBS - Restinga</p> <p>Endereço: Rua Abolição, 850, Restinga Telefone: (51) 3250-1142 Horário: 7h às 18h.</p>
44	Imagem não disponível	<p>UBS - Belém Novo</p> <p>Endereço: Rua Florêncio Farias, 76, Belém Novo Telefone: (51) 3259-1247 Horário: 7h às 18h.</p>
45		<p>UBS - Lami</p> <p>Endereço: Rua Nova Olinda, 202, Lami Telefone: (51) 3258-1210 Horário: 8h às 17h.</p>
46		<p>UBS - Macedônia</p> <p>Endereço: avenida Macedônia, 750, Restinga Telefone: (51) 3250-1043 Horário: 8h às 17h.</p>

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Avaliação da Atenção Primária à Saúde para Coordenação das Redes de Atenção”, cujo objetivo Avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde.

Serão lidas as perguntas referentes ao instrumento, sobre a Avaliação da Atenção Primária à Saúde para a coordenação das Redes de Atenção à Saúde. Ao aceitar participar do estudo, você estará concordando em fornecer essas informações ao pesquisador. O tempo de duração aproximada é de 20 minutos.

A participação no estudo não trará benefício pessoal para o participante, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros. Os possíveis benefícios são para a população a médio e longo prazo, pois os resultados da pesquisa podem contribuir para a melhoria e estruturação de Redes de Atenção à Saúde. A pesquisa oferecerá o mínimo risco aos participantes, o qual está relacionado ao tempo dedicado para participar das etapas do estudo, além da possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado.

Sua participação é voluntária, sem custo financeiro e você têm a liberdade de se recusar a responder a qualquer pergunta e de não aceitar fazer parte deste estudo, sem que isto acarrete em qualquer prejuízo em seu atendimento.

Como pesquisadores, somos responsáveis pela proteção das informações e pela manutenção da confidencialidade dos dados de identificação pessoal dos participantes. As informações coletadas e os resultados servirão para compor o relatório da pesquisa e serão divulgadas em trabalhos científicos de maneira agrupada. Em nenhum momento seu nome será citado nos resultados apresentados e será garantido o caráter confidencial das informações recebidas.

Aos participantes desta pesquisa fica garantido o direito de receber resposta a qualquer dúvida sobre os assuntos relacionados ao estudo. O contato da pesquisadora responsável Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima e do pesquisador Adalvane Nobres Damaceno é pelo telefone (51) 3308-5481 ou pelo endereço da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, na Rua São Manoel, 963 sala 208. O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre pode ser contatado para esclarecimento de dúvidas, através do telefone 3359-7640, das 8h às 17h, bem como, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre pelo telefone (51) 3289 -5517.

Por meio da assinatura deste documento, você autoriza a sua participação na pesquisa. Serão assinadas duas vias deste termo de consentimento, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador.

Ao final do estudo, você terá contribuído para Avaliação da Atenção Primária à Saúde para a coordenação das Redes de Atenção à Saúde.

Informo ter sido esclarecido das finalidades e do desenvolvimento da pesquisa e que concordo em participar da mesma.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2018.

Nome do participante: _____


Assinatura: _____

Nome do pesquisador: _____

Assinatura: _____

ANEXO A – Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária (COPAS)

DATA: / /	Número ID: _____
-------------------------	------------------



(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)*

Fonte: RODRIGUES, L.B.B. **Adaptação e validação de um instrumento para avaliar a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde: fase I.** Tese (Doutorado) – Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública, Ribeirão Preto, 2013.

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 adoecimento.	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 ()
E – SISTEMA LOGISTICO					
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 – RELAÇÃO DE UNIDADES DE SAÚDE E QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE ATUANTES NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, 2017. PORTO ALEGRE, 2020.

N	Unidade de Saúde	Gerência Distrital	Agente Comunitário	Agente de Combate às	Auxiliar de Enfermagem	Técnico em Enfermagem	Enfermeiro	Auxiliar de Saúde Bucal	Técnico em Saúde Bucal	Cirurgião Dentista	Médico de Saúde da Família/ Geral Comunitário/	Médico Clínico/ Ginecologista/ Pediatra/ Geriatra	Assistente Social/ Farmacêutico/ Nutricionista/ Psicólogo/ Terapeuta
			N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
1	US MODELO	CENTRO	7	6	13	13	8	4	2	4	8	14	1
2	US SANTA CECILIA	CENTRO	14	0	5	6	4	0	0	0	17	0	0
3	US SANTA MARTA	CENTRO	11	7	4	19	8	4	2	4	5	11	1
4	US CHACARA DA FUMACA	LENO	6	1	4	9	3	2	1	2	0	9	0
5	US VILA JARDIM	LENO	0	1	1	5	2	2	0	0	0	8	0
6	US BOM JESUS	LENO	0	1	4	7	3	3	0	3	0	7	0
7	US SESC	LENO	6	0	3	1	2	0	2	2	0	3	2
8	US MORRO SANTANA	LENO	0	1	3	2	2	1	0	1	1	5	0
9	US BARAO DE BAGE	LENO	7	0	2	2	2	0	1	2	0	6	2
10	US DIVINA PROVIDENCIA	LENO	7	0	4	0	3	0	2	2	0	4	2
11	US COINMA	LENO	6	0	2	3	3	0	2	2	0	4	2
12	US CEU VILA FATIMA	LENO	0	0	0	4	1	1	0	1	0	3	2
13	US BATISTA FLORES	LENO	4	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0
14	US JARDIM CARVALHO	LENO	9	0	0	4	2	1	1	1	2	0	0
15	US JARDIM DA FAPA	LENO	8	0	0	4	2	1	0	1	1	0	0
16	US JARDIM PROTASIO ALVES	LENO	7	0	0	3	3	1	1	1	2	0	0
17	US LARANJEIRAS	LENO	3	0	0	2	1	1	0	1	1	0	0
18	US MATO SAMPAIO	LENO	5	1	0	2	1	1	1	1	1	0	0
19	US MILTA RODRIGUES	LENO	10	1	0	4	2	1	1	1	2	0	0
20	US SAFIRA NOVA	LENO	6	1	0	3	2	1	1	1	1	0	0
21	US TIJUCA	LENO	7	0	0	4	2	0	0	0	2	0	0
22	US TIMBAUVA	LENO	12	1	0	5	2	1	0	1	1	0	0
23	US VILA BRASILIA	LENO	5	1	0	2	1	1	0	1	1	0	0
24	US VILA PINTO	LENO	4	0	0	2	1	1	0	1	1	0	0
25	US VILA SAFIRA	LENO	4	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0

26	US WENCESLAU FONTOURA	LENO	4	0	0	2	1	1	0	1	1	0	0
27	US ASA BRANCA	NEB	5	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0
28	US ASSIS BRASIL	NEB	0	2	9	3	2	1	0	1	2	4	0
29	US BECO DOS COQUEIROS	NEB	7	0	0	5	2	0	0	0	1	0	0
30	US COSTA E SILVA	NEB	6	0	4	1	1	0	1	3	0	6	2
31	US DOMENICO FEOLI	NEB	8	0	0	4	2	1	1	1	2	0	0
32	US ESPERANCA CORDEIRO	NEB	7	0	0	4	2	1	0	1	2	0	0
33	US JARDIM LEOPOLDINA	NEB	17	0	8	0	5	0	2	2	0	6	3
34	US JENOR JARROS	NEB	4	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
35	US NOSSA SENHORA APARECIDA	NEB	7	0	4	1	2	0	1	2	0	4	1
36	US NOVA BRASILIA	NEB	9	0	3	5	3	1	0	1	1	5	0
37	US NOVA GLEBA	NEB	4	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0
38	US PARQUE DOS MAIAS	NEB	14	0	5	0	4	0	2	2	0	5	2
39	US PASSO DAS PEDRAS II	NEB	7	0	0	4	2	0	0	0	2	0	0
40	US PASSO DAS PEDRAS I	NEB	0	2	5	3	2	1	0	2	1	6	1
41	US PLANALTO	NEB	4	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0
42	US RAMOS	NEB	0	2	3	4	2	1	0	0	0	6	0
43	US RUBEM BERTA	NEB	0	3	8	2	3	2	0	2	0	5	1
44	US SANTA FE	NEB	8	0	0	4	2	1	0	1	2	0	0
45	US SANTA MARIA	NEB	7	0	0	4	2	0	0	0	2	0	0
46	US SANTA ROSA	NEB	0	3	5	4	4	1	0	1	0	5	1
47	US SANTISSIMA TRINDADE	NEB	7	0	4	1	3	0	1	2	0	4	3
48	US SANTO AGOSTINHO	NEB	5	0	0	4	2	1	0	1	2	0	0
49	US SAO BORJA	NEB	7	0	0	4	2	1	1	1	2	0	0
50	US SAO CRISTOVAO	NEB	0	1	5	3	2	1	0	2	0	6	0
51	US SARANDI	NEB	6	0	5	4	3	2	0	2	2	3	1
52	US VILA ELIZABETH	NEB	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	US QUINTA UNIDADE	RES	7	0	0	4	2	1	1	1	1	0	0
54	US BELEM NOVO	RES	6	2	6	3	2	1	0	1	3	3	0
55	US CASTELO	RES	14	0	0	6	3	1	1	1	2	0	0
56	US CHACARA DO BANCO	RES	7	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0
57	US CHAPEU DO SOL	RES	6	0	0	4	2	1	1	1	2	0	0

58	US LAMI	RES	11	1	0	7	3	1	1	1	2	0	0
59	US MACEDONIA	RES	0	3	2	4	2	1	0	1	2	2	0
60	US NUCLEO ESPERANCA	RES	6	0	0	4	2	1	1	1	1	0	0
61	US PAULO VIARO	RES	8	0	0	4	2	1	1	1	1	0	0
62	US PITINGA	RES	9	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0
63	US PONTA GROSSA	RES	9	1	0	4	2	1	1	1	2	0	0
64	US RESTINGA	RES	0	2	9	4	4	3	1	4	0	6	1
65	US ALTO EMBRATEL	GCC	6	0	0	4	2	0	0	0	1	0	0
66	US APARICIO BORGES	GCC	3	2	2	4	2	0	0	0	0	4	0
67	US BELEM VELHO	GCC	3	0	2	2	3	1	1	1	1	3	0
68	US CRISTAL	GCC	2	2	2	3	2	2	1	2	1	3	0
69	US CRUZEIRO DO SUL	GCC	4	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0
70	US DIVISA	GCC	5	0	0	2	1	1	0	1	1	0	0
71	US ESTRADA DOS ALPES	GCC	4	0	0	2	1	1	1	1	1	0	0
72	US GLORIA	GCC	9	0	0	6	4	1	1	1	4	0	0
73	US GRACILIANO RAMOS	GCC	5	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
74	US JARDIM CASCATA	GCC	10	0	0	4	2	1	1	1	1	0	0
75	US MATO GROSSO	GCC	4	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0
76	US NOSSA SENHORA DAS GRACAS	GCC	3	0	0	2	1	0	0	0	2	0	0
77	US NOSSA SENHORA DE BELEM	GCC	3	0	0	2	1	1	0	1	1	0	0
78	US ORFANOTROFIO	GCC	4	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0
79	US OSMAR FREITAS	GCC	9	0	0	4	2	1	0	1	2	0	0
80	US PRIMEIRO DE MAIO	GCC	0	2	3	3	2	1	0	1	0	5	0
81	US RINCAO	GCC	6	0	0	4	2	0	0	0	2	0	0
82	US SANTA ANITA	GCC	4	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0
83	US SANTA TEREZA	GCC	7	0	0	4	2	0	0	0	2	0	0
84	US SAO GABRIEL	GCC	4	0	0	2	1	1	1	1	1	0	0
85	US TRONCO	GCC	3	2	2	3	2	0	0	0	1	4	0
86	US VILA CRUZEIRO	GCC	0	2	1	5	2	0	0	0	0	5	0
87	US VILA DOS COMERCIARIOS	GCC	10	1	7	10	6	3	1	4	5	5	0
88	US VILA GAUCHA	GCC	0	0	0	2	1	0	0	0	2	0	0
89	US DIRETOR PESTANA	NHNI	9	0	3	6	3	2	0	2	3	5	0
90	US FARRAPOS	NHNI	6	0	0	6	3	2	1	2	3	2	0
91	US FRADIQUE VIZEU	NHNI	6	0	0	4	2	1	1	1	2	1	0

92	US IAPI	NHNI	9	4	16	11	10	5	1	8	2	15	2
93	US ILHA DA PINTADA	NHNI	3	0	0	2	1	1	1	1	1	0	0
94	US ILHA DO PAVAO	NHNI	0	0	0	4	1	0	0	1	0	3	1
95	US ILHA DOS MARINHEIROS	NHNI	6	0	0	4	2	1	0	1	2	0	0
96	US MARIO QUINTANA	NHNI	6	0	0	4	2	1	0	1	2	1	0
97	US NAVEGANTES	NHNI	0	5	6	4	3	1	0	1	0	8	1
98	US NAZARE	NHNI	7	0	0	4	2	1	0	0	1	1	0
99	US CONCEICAO	NHNI	7	0	2	7	8	0	2	2	7	2	2
100	US FLORESTA	NHNI	12	0	4	5	5	0	3	2	5	1	2
101	US JARDIM ITU	NHNI	11	0	6	0	5	0	2	2	5	2	3
102	US VILA IPIRANGA	NHNI	0	2	2	4	2	1	0	1	1	4	0
103	US ALTO ERECHIM	SCS	10	0	0	4	2	1	1	1	2	0	0
104	US BECO DO ADELAR	SCS	0	2	0	7	3	1	0	1	0	5	0
105	US CAMPOS DO CRISTAL	SCS	5	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0
106	US CIDADE DE DEUS	SCS	4	0	0	2	1	1	0	1	0	0	0
107	US MORADAS DA HIPICA	SCS	10	0	0	5	3	1	1	1	2	0	0
108	US MORRO DOS SARGENTOS	SCS	7	0	0	4	2	0	0	0	2	0	0
109	US SAO VICENTE MARTIR	SCS	4	0	0	2	1	1	0	2	1	0	0
110	US VILA NOVA IPANEMA	SCS	4	0	0	2	1	1	0	1	0	0	0
111	US CAMPO NOVO	SCS	15	0	2	5	3	2	1	2	3	2	0
112	US COHAB CAVALHADA	SCS	11	0	0	6	3	2	1	2	2	0	0
113	US IPANEMA	SCS	0	2	2	4	3	1	0	1	1	1	0
114	US GUARUJA	SCS	4	0	2	3	2	1	0	1	2	2	0
115	US CALABRIA	SCS	8	0	4	2	2	1	1	1	1	2	0
116	US JARDIM DAS PALMEIRAS	SCS	4	0	2	1	2	0	0	0	0	3	0
117	US MONTE CRISTO	SCS	0	2	3	4	1	1	0	1	0	5	1
118	US NONOAI	SCS	0	1	4	2	3	1	0	2	1	6	0
119	US NONOAI	SCS	0	0	0	0	0	0	0	3	0	6	1
120	US CAMAQUA	SCS	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
121	US SAO PEDRO	PLP	5	0	0	4	2	1	1	1	2	0	0
122	US CAMPO DA TUCA	PLP	10	0	0	5	3	1	1	1	2	0	0
123	US ERNESTO ARAUJO	PLP	9	0	0	5	3	1	0	1	2	0	0
124	US ESMERALDA	PLP	9	0	0	4	2	1	0	1	2	0	0

125	US HERDEIROS	PLP	8	0	0	4	2	1	1	1	1	0	0
126	US LOMBA DO PINHEIRO	PLP	8	0	0	4	2	0	0	0	2	0	0
127	US MORRO DA CRUZ	PLP	7	0	0	3	2	1	1	1	2	0	0
128	US PITORESCA	PLP	8	0	0	3	2	0	0	1	1	0	0
129	US RECREIO DA DIVISA	PLP	4	0	0	2	1	0	0	0	1	0	0
130	US SANTA HELENA	PLP	7	0	0	3	2	1	1	1	2	0	0
131	US SANTO ALFREDO	PLP	9	0	0	6	3	1	1	1	2	0	0
132	US VICOSA	PLP	4	0	0	2	1	1	1	1	1	0	0
133	US VILA VARGAS	PLP	11	0	0	5	3	1	1	1	3	0	0
134	US BANANEIRAS	PLP	0	2	9	1	2	0	0	1	2	4	1
135	US CERES	PLP	0	1	6	1	2	1	0	1	0	4	0
136	US MAPA	PLP	3	3	3	5	3	1	1	3	2	4	0
137	US PANORAMA	PLP	0	2	9	3	2	1	0	2	1	4	1
138	US PEQUENA CASA DA CRIANCA	PLP	1	2	2	5	2	1	0	2	2	5	0
139	US SAO CARLOS	PLP	0	2	6	5	2	1	0	1	2	4	0
140	US SAO JOSE	PLP	0	2	1	5	2	1	0	0	1	5	1
141	US SAO MIGUEL	PLP	3	1	4	3	2	0	0	1	2	3	0

ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – UFRGS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Primária à Saúde para Coordenação das Redes de Atenção

Pesquisador: Maria Alice Dias da Silva Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90500718.1.0000.5347

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.742.028

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Doutorado de ADALVANE NOBRES DAMACENO, orientado pela Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima, junto ao PPGENF/UFRGS.

Trata-se de um estudo analítico do tipo transversal, que será realizado nas Unidades de Saúde da Atenção Primária do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. A população do estudo será composta por 2.804 trabalhadores da saúde da Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. As Unidades de Saúde foram selecionadas por meio de amostragem aleatória sistemática. Para seleção dos participantes será utilizada a amostragem do tipo probabilística simples sem reposição, com sorteio dos participantes mediante listagem obtida na Coordenação da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Para a coleta dos dados será aplicado o Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária (COPAS), em uma amostra de 371 trabalhadores da saúde.

As questões do instrumento possuem opções de respostas em uma escala de Likert, que variam de "discordo totalmente" a "concordo totalmente".

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.742.028

A duração prevista para aplicação do instrumento é, em média, de 20 minutos. A coleta de dados será de agosto a dezembro de 2018, organizada por um discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFRGS (nível doutorado) e auxiliares de pesquisa. Haverá uma capacitação mediante estudo prévio do instrumento de coleta de dados e utilização de um manual de orientações. Assim, cada entrevistador receberá um crachá de identificação, materiais de escritório e os seguintes materiais impressos: um protocolo de pesquisa, um mapa do município de Porto Alegre com as GD e um tablet.

Os participantes serão convidados a participar do estudo de forma voluntária durante horário de funcionamento das Unidades de Saúde (sem que ocorra prejuízo ao atendimento) em local reservado. Reitera-se que ocorrerá a utilização de tablets com o software Epi Info® 7.0 para aperfeiçoar o processo de coleta e tabulação dos dados, o qual terá em sua interface o instrumento COPAS.

Os dados serão exportados em planilhas do Programa Microsoft Excel® e as análises estatísticas serão realizadas por meio do Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS®), versão 18.0.

Critério de Inclusão:

Como critérios de inclusão dos participantes da pesquisa serão considerados trabalhadores da saúde que atuem nas Unidades de Atenção Primária por período mínimo de seis meses, independentemente da categoria profissional e que manifestarem disposição para participar da pesquisa.

Critério de Exclusão:

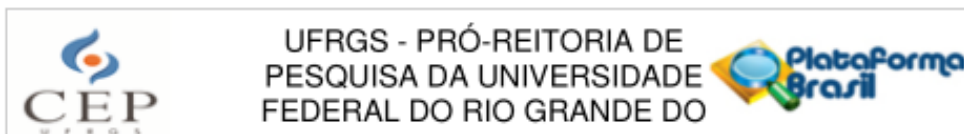
Será adotado como critério de exclusão trabalhadores da saúde que não estiverem em exercício de suas funções no período da coleta de dados.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.742.028

Objetivo Secundário:

Identificar o estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde;

Comparar o estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde conforme os modelos de atenção adotados na APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Estão assim descritos:

***Riscos:**

Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos, os quais estão relacionados ao tempo dedicado para responder o instrumento, que é de aproximadamente 20 minutos, e a possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado. Neste caso, o participante poderá interromper sua participação a qualquer momento.

Benefícios:

A participação no estudo não trará benefício pessoal para o participante, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros. Os possíveis benefícios são para a população a médio e longo prazo, pois os resultados da pesquisa podem contribuir para o planejamento e estruturação das Redes de Atenção à Saúde.*

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

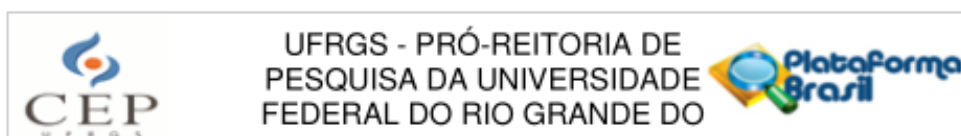
Trata-se de projeto adequado do ponto de vista teórico-metodológico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

- projeto de doutorado detalhado;
- termo de ciência do HCPA em ser instituição co-participante;
- termo de ciência e autorização da Coordenação da SMS/Porto Alegre, onde será realizada a pesquisa;
- TCLE;
- cronograma;
- orçamento;
- Termo de compromisso de utilização e divulgação de dados (SMS);

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propeq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.742.028

- Termo de compromisso para utilização de dados institucionais (HCPA);a;a
- informações básicas da PB.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto encontra-se em condições de aprovação.

Considerações Finais a critério do CEP:

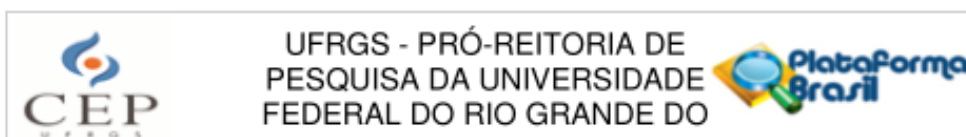
APROVADO.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1128206.pdf	28/05/2018 17:23:20		Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_institucionais_HCPA.pdf	28/05/2018 17:21:53	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_institucionais_SMSMPMA.pdf	28/05/2018 17:21:13	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_de_tese_de_doutorado.pdf	28/05/2018 17:20:07	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	28/05/2018 16:05:01	Maria Alice Dias da Silva Lima	Aceito
Outros	Termo_anuencia_SMSMPMA.pdf	28/05/2018 16:04:28	Maria Alice Dias da Silva Lima	Aceito
Outros	Termo_anuencia_HCPA.pdf	28/05/2018 16:03:38	Maria Alice Dias da Silva Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escarecido.pdf	28/05/2018 16:02:45	Maria Alice Dias da Silva Lima	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	28/05/2018 16:02:22	Maria Alice Dias da Silva Lima	Aceito
Outros	Instrumento_COPAS.pdf	18/05/2018 12:24:41	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito
Outros	Parecer_Consubstanciado_Projeto_de_Pesquisa_COMPesq_EENF.pdf	18/05/2018 12:13:19	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Malice.pdf	18/05/2018 12:06:05	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



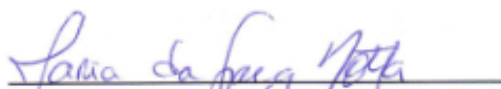
Continuação do Parecer: 2.742.028

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 28 de Junho de 2018


Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Primária à Saúde para Coordenação das Redes de Atenção

Pesquisador: Idiane Rosset

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90500718.1.2001.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.878.338

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto que tramitou no CEP HCPA anteriormente sob responsabilidade da pesquisadora Maria Alice Dias da Silva Lima, com o mesmo CAAE 90500718.1.3001.5327, porém como centro coparticipante. Para correção em sua tramitação, foi submetido novamente como multicêntrico.

Projeto de Pesquisa para Doutorado do PPG em Enfermagem da UFRGS.

Novas formas de integração dos serviços de saúde têm sido propostas, com base no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, principalmente, por meio de seu atributo de coordenação, colocando-a como um eixo estruturante do sistema de saúde. Uma das propostas de integração constitui-se na implementação de Redes de Atenção à Saúde, conceituadas como os serviços e ações que intervêm em processos de saúde/doença em diferentes densidades tecnológicas, logísticas e de gestão. Este estudo tem o objetivo de avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde. Trata-se de um estudo analítico do tipo transversal, que será realizado nas Unidades de Saúde da Atenção Primária do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. A população do estudo será composta por 2.804 trabalhadores da saúde da Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. As Unidades de Saúde foram selecionadas por meio de amostragem aleatória sistemática. Para seleção dos participantes será utilizada a amostragem do tipo probabilística

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecilia **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.878.338

simples sem reposição, com sorteio dos participantes mediante listagem obtida na Coordenação da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Para a coleta dos dados será aplicado o Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária (COPAS), em uma amostra de 371 trabalhadores da saúde. A contribuição deste estudo pauta-se na identificação da capacidade da APS para coordenar as Redes de Atenção à Saúde. Os resultados podem apoiar decisões dos gestores e profissionais de saúde no planejamento e estruturação de serviços para qualificação e fortalecimento do atributo coordenação de cuidados de saúde, visando integração de serviços na prestação do cuidado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde.

Objetivo Secundário:

Identificar o estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde;

Comparar o estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde conforme os modelos de atenção adotados na APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos, os quais estão relacionados ao tempo dedicado para responder o instrumento, que é de aproximadamente 20 minutos, e a possibilidade de ocorrência de certo desconforto em responder algum tema abordado. Neste caso, o participante poderá interromper sua participação a qualquer momento.

Benefícios: A participação no estudo não trará benefício pessoal para o participante, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros. Os possíveis benefícios são para a população a médio e longo prazo, pois os resultados da pesquisa podem contribuir para o planejamento e estruturação das Redes de Atenção à Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo analítico do tipo transversal (ROUQUAYROL, 2013). O estudo será

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.878.338

desenvolvido na APS do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Os serviços do SUS de Porto Alegre estão distribuídos nos territórios dos 17 Distritos Sanitários (DS), que vem a constituir oito Gerências Distritais (GD). A população do estudo será composta por 2804 trabalhadores da saúde da APS do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Optou-se por selecionar 41 Unidades de Saúde (US), o que corresponde a 25% do total de unidades existentes. Para o cálculo do quantitativo de Unidades de Saúde foi considerado: o número total de Unidades de APS e a representatividade de cada GD por trabalhadores de saúde. Para seleção das US utilizou-se a amostragem aleatória sistemática, através de uma relação com ordenamento alfabético das GD e suas respectivas US, considerando como critério o tipo de modelo assistencial (UBS e ESF). Desse modo, têm-se duas Unidades de Saúde na GD CENTRO, seis Unidades de Saúde na GD Leste/Nordeste (LENO), seis Unidades de Saúde na GD Norte/Eixo Baltazar (NEB), quatro Unidades de Saúde na GD Restinga/Extremo Sul (RES), seis Unidades de Saúde na GD Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC), quatro Unidades de Saúde na GD Noroeste/Humaitá/Ilhas (NHNI), seis Unidades de Saúde na GD Sul/Centro-Sul (SCS) e seis Unidades de Saúde na GD Partenon/Lomba do Pinheiro (PLP). Para seleção dos participantes será utilizada a amostragem do tipo probabilística simples sem reposição, com sorteio dos participantes mediante listagem obtida na Coordenação da Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (SMS/PMPA) após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

Para o cálculo da amostra mínima será considerado um nível de confiança de 95% ($Z=1,96$), variância da amostra de 50%, margem de erro de 5%, totalizando 337 trabalhadores da saúde, acrescido 10% de perdas, a amostra mínima total será de 371 trabalhadores da saúde.

Os profissionais selecionados serão convidados por meio de contato com as Unidades de Saúde, apresentação dos objetivos do projeto, autorização institucional e parecer favorável do CEP. Será aplicado o Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária (COPAS), elaborado por Rodrigues (2013) baseado no check list proposto por Mendes (2011). O instrumento possibilita avaliar a coordenação das RAS pela APS, sendo composto por 78 itens, divididos em: (A) Dados de identificação, caracterização da unidade de ESF, caracterização do participante da pesquisa, (B) População - 14 itens, (C) Atenção Primária à Saúde - 18 itens, (D) Sistemas de apoio - 14 itens, (E) Sistema logístico - 15 itens e (F) Sistema de governança - 13 itens. As questões do instrumento possuem opções de respostas em uma escala de Likert, que variam de "discordo totalmente" a "concordo totalmente". A duração prevista para aplicação do instrumento é, em média, de 20 minutos. A coleta de dados será de agosto a dezembro de 2018,

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.878.338

organizada por um discente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem UFRGS (nível doutorado) e auxiliares de pesquisa. Haverá uma capacitação mediante estudo prévio do instrumento de coleta de dados e utilização de um manual de orientações. Assim, cada entrevistador receberá um crachá de identificação, materiais de escritório e os seguintes materiais impressos: um protocolo de pesquisa, um mapa do município de Porto Alegre com as GD e um tablet. Os participantes serão convidados a participar do estudo de forma voluntária durante horário de funcionamento das Unidades de Saúde (sem que ocorra prejuízo ao atendimento) em local reservado. Reitera-se que ocorrerá a utilização de tablets com o software Epi Info® 7.0 para aperfeiçoar o processo de coleta e tabulação dos dados, o qual terá em sua interface o instrumento COPAS.

Critério de Inclusão: Como critérios de inclusão dos participantes da pesquisa serão considerados trabalhadores da saúde que atuem nas Unidades de Atenção Primária por período mínimo de seis meses, independentemente da categoria profissional e que manifestaram disposição para participar da pesquisa.

Critério de Exclusão: Será adotado como critério de exclusão trabalhadores da saúde que não estiverem em exercício de suas funções no período da coleta de dados. **Metodologia de Análise de Dados:** Os dados serão exportados em planilhas do Programa Microsoft Excel® e as análises estatísticas serão realizadas por meio do Programa Statistical Package for the Social Science (SPSS®), versão 18.0. As variáveis de natureza quantitativa serão descritas por meio de medidas de tendência central e dispersão, sendo as contínuas com distribuição normal expressas com média e desvio padrão, as assimétricas com mediana e intervalo interquartil e as variáveis categóricas serão descritas com frequência absoluta e relativa. Ainda, será utilizado o coeficiente de Alfa de Cronbach para verificar a consistência interna. O coeficiente vai de 0 a 1, sendo que 0 indica ausência total de consistência interna dos itens e 1 indica presença de consistência de 100%. Consideram-se valores superiores a 0,70 como consistência interna satisfatória (HAIR et al., 2005). A distribuição de normalidade das variáveis será avaliada pelo Teste de Shapiro Wilk, recomendado para amostras com menos de 2.000 observações (SHAPIRO;WILK, 1965). Para a definição do estágio de desenvolvimento da APS em coordenar as RAS serão adotados os escores propostos por Popolin et al.(2016) e Popolin (2017): entre 0 e 25% (insatisfatório); 25,01 a 50% (razoável); 50,01 a 75% (bom); e 75,01 a 100% (excelente). A validade de constructo convergente será realizada através da análise Multitraço-multimétodo (MTMM), para verificar as correlações lineares entre os

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.878.338

itens e suas dimensões, com a utilização do Multitrait Analysis Program (MAP). Para a análise Fatorial Confirmatória será utilizado o Modelo de Equações Estruturais. Para as análises estatísticas será considerado nível de significância de 5%.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em conformidade com o exigido pelo CEP-HCPA bem como pelas demais instituições (UFRGS e SMS).

Recomendações:

Nada a recomendar.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

As pendências emitidas para o projeto no parecer anterior emitido pelo CEP HCPA (2.781.153) foram adequadamente atendidas pelos pesquisadores. Não apresenta novas pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 31/08/2018 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 371 participantes, incluindo o Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) O projeto deverá ser cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.
- d) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.
- e) A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.878.338

Operacional) disponível na intranet do HCPA.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1207902.pdf	05/09/2018 11:35:46		Aceito
Outros	Formulario_de_delegacao_de_funcao_hcpa.pdf	05/09/2018 11:34:49	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	04/09/2018 16:09:27	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_de_tese_de_doutorado_HCPA_multi.pdf	31/08/2018 23:49:48	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido_multi.pdf	31/08/2018 23:49:00	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_institucionais_HCPA.pdf	28/05/2018 17:21:53	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_institucionais_SMSPMPA.pdf	28/05/2018 17:21:13	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito
Outros	Termo_anuencia_SMSPMPA.pdf	28/05/2018 16:04:28	Maria Alice Dias da Silva Lima	Aceito
Outros	Termo_anuencia_HCPA.pdf	28/05/2018 16:03:38	Maria Alice Dias da Silva Lima	Aceito
Outros	Instrumento_COPAS.pdf	18/05/2018 12:24:41	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito
Outros	Parecer_Consubstanciado_Projeto_de_Pesquisa_COMPesq_EENF.pdf	18/05/2018 12:13:19	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
DA UNIVERSIDADE FEDERAL



Continuação do Parecer: 2.878.338

PORTO ALEGRE, 06 de Setembro de 2018

Assinado por:
Marcia Mocellin Raymundo
(Coordenador)

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecilia **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – SMPA



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Avaliação da Atenção Primária à Saúde para Coordenação das Redes de Atenção

Pesquisador: Maria Alice Dias da Silva Lima

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 90500718.1.3002.5338

Instituição Proponente: SMSPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.931.540

Apresentação do Projeto:

EMENDA: A justificativa da emenda ao projeto "Avaliação da Atenção Primária à Saúde para Coordenação das Redes de Atenção" CAAE 90500718.1.0000.5347 é para atender a seguinte pendência do Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA): "O HCPA foi incluído como instituição coparticipante. Contudo, foi cadastrado como pesquisador responsável José Roberto Goldim que é o coordenador do CEP/HCPA. Esta informação deverá ser corrigida na Plataforma Brasil. Deverá ser indicado um pesquisador responsável pelo centro HCPA que preencha os requisitos para tal. Rever" Conforme orientação do CEP/HCPA, para este tipo de situação, a Plataforma Brasil não disponibiliza a funcionalidade de edição a partir do centro coparticipante. Para a alteração do responsável da instituição coparticipante é necessário acessar o projeto original e abrir emenda. Tentou-se excluir o responsável que foi informado, Prof. Dr. José Roberto Goldim do centro HCPA, para incluir o responsável adequado. No campo "Nome do responsável" da instituição coparticipante HCPA, conforme entendimento do CEP/HCPA, deveria ser indicada a Profa. Dr^a. Maria Alice Dias da Silva Lima. Contudo, ao se fazer a tentativa de inclusão de novo responsável, essa alteração não foi possível. Fizemos contato, novamente, com o CEP/HCPA, sendo informado que devido a esses problemas técnicos da Plataforma Brasil, a opção seria, então, a inclusão deste estudo como multicêntrico no Brasil, ainda que não se configure como tal. Portanto, seguimos esta orientação e o HCPA foi incluído como centro participante de estudo multicêntrico, sendo indicada, como

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.931.540

responsável, a Profa. Dr^a. Idiane Rosset, Chefe de Serviço de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Gostaria de ressaltar que nenhuma alteração foi incluída no projeto original.

Novas formas de integração dos serviços de saúde têm sido propostas, com base no fortalecimento da Atenção Primária à Saúde, principalmente, por meio de seu atributo de coordenação, colocando-a como um eixo estruturante do sistema de saúde. Uma das propostas de integração constitui-se na implementação de Redes de Atenção à Saúde, conceituadas como os serviços e ações que intervêm em processos de saúde doença em diferentes densidades tecnológicas, logísticas e de gestão. Este estudo tem o objetivo de avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde. Trata-se de um estudo analítico do tipo transversal, que será realizado nas Unidades de Saúde da Atenção Primária do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. A população do estudo será composta por 2.804 trabalhadores da saúde da Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. As Unidades de Saúde foram selecionadas por meio de amostragem aleatória sistemática. Para a coleta dos dados será aplicado o Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária (COPAS), em uma amostra de 371 trabalhadores da saúde. A contribuição deste estudo pauta-se na identificação da capacidade da APS para coordenar as Redes de Atenção à Saúde. Os resultados podem apoiar decisões dos gestores e profissionais de saúde no planejamento e estruturação de serviços para qualificação e fortalecimento do atributo coordenação de cuidados de saúde, visando integração de serviços na prestação do cuidado.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde.

Objetivo Secundário:

Identificar o estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde; Comparar o estágio de desenvolvimento da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde conforme os modelos de atenção adotados na APS.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são mínimos, os quais estão relacionados ao tempo dedicado para responder o instrumento, que é de aproximadamente 20 minutos, e a possibilidade de ocorrência de certo

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar	CEP: 90.010-040
Bairro: Centro Histórico	
UF: RS	Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517	Fax: (51)3289-2453 E-mail: cep_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 2.931.540

desconforto em responder algum tema abordado. Neste caso, o participante poderá interromper sua participação a qualquer momento. Já em relação aos benefícios, os mesmos destacam que a participação no estudo não trará benefício pessoal para o participante, porém contribuirá para o aumento do conhecimento sobre o assunto estudado e os resultados poderão auxiliar a realização de estudos futuros. Os possíveis benefícios são para a população a médio e longo prazo, pois os resultados da pesquisa podem contribuir para o planejamento e estruturação das Redes de Atenção à Saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Nível de pesquisa: Doutorado

Curso: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Local da realização: Atenção Primária à Saúde do município de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

TCLE: sim

Duração do estudo: 19 meses

Número de sujeitos de pesquisa: 2.804

Data da conclusão: Fevereiro/2020

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos de apresentação obrigatória foram apresentados de forma satisfatória.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Emenda aprovada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_institucionais_HCPA.pdf	28/05/2018 17:21:53	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito
Outros	Termo_de_compromisso_para_utilizacao_de_dados_institucionais_SMSPMPA.pdf	28/05/2018 17:21:13	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/
SMSPA

Continuação do Parecer: 2.931.540

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_de_tese_de_doutora do.pdf	28/05/2018 17:20:07	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito
Outros	Termo_anuencia_SMSPPA.pdf	28/05/2018 16:04:28	Maria Alice Dias da Silva Lima	Aceito
Outros	Termo_anuencia_HCPA.pdf	28/05/2018 16:03:38	Maria Alice Dias da Silva Lima	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_Consentimento_Livre_e_Escarecido.pdf	28/05/2018 16:02:45	Maria Alice Dias da Silva Lima	Aceito
Outros	Instrumento_COPAS.pdf	18/05/2018 12:24:41	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito
Outros	Parecer_Consubstanciado_Projeto_de_Pesquisa_COMPesq_EENF.pdf	18/05/2018 12:13:19	Adalvane Nobres Damaceno	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 02 de Outubro de 2018

Assinado por:
Thais Schossler
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar
Bairro: Centro Histórico **CEP:** 90.010-040
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep_sms@hotmail.com