

UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS – MG

DANUSA DA SILVA CABRAL

**AVALIAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELO ENFERMEIRO DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Alfenas/MG

2018

DANUSA DA SILVA CABRAL

**AVALIAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELO ENFERMEIRO DA  
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – MG. Linha de pesquisa: Gestão em Serviços de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dra. Simone Albino da Silva

Coorientador: Prof. Dr. Sinézio Inácio da S. Júnior

Alfenas/MG  
2018

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal de Alfenas  
Biblioteca Central – Campus Sede

C117a Cabral, Danusa da Silva.  
Avaliação das redes de atenção à saúde pelo enfermeiro da estratégia  
saúde da família / Danusa da Silva Cabral. – Alfenas - MG, 2018.  
96 f.: il. --

Orientadora: Simone Albino da Silva.  
Dissertação (Mestrado em Enfermagem) –Universidade Federal de  
Alfenas, 2018.  
Bibliografia.

1. Enfermagem. 2. Estratégia -- Saúde da Família. 3. Sistema Único de  
Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde. 5. Enfermeiras -- Saúde da Família.  
6. Administração de Serviços de Saúde. I. Silva, Simone Albino da. II.  
Título.

CDD-610.7



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
Universidade Federal de Alfenas . Unifal-MG  
Pró-reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem  
Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700 . Alfenas/MG . CEP 37130-000



**Danusa da Silva Cabral**

**“Avaliação das redes de atenção à saúde pelo enfermeiro da estratégia saúde da família”**

A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação apresentada como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Alfenas. Área de concentração: Enfermagem.

Aprovado em: 27/11/2018

Profa. Dra. Simone Albino da Silva  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-  
MG – UNIFAL-MG

Assinatura:

Prof. Dr. Murilo César do Nascimento  
Instituição: Universidade Federal de Alfenas-  
MG – UNIFAL-MG

Assinatura:

Profa. Dra. Ione Carvalho Pinto  
Instituição: Universidade de São Paulo – USP

Assinatura:

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente a Deus, por ser a razão maior da condução e finalização deste trabalho, estando Ele acima de todas as coisas.

À minha Orientadora, Prof<sup>a</sup> Dra. Simone Albino da Silva, pelo apoio, paciência, incentivo, confiança e por me dar a oportunidade de aprendizado profissional, desde a graduação até aqui. Os ensinamentos apreendidos serão levados para além do profissional, para a vida!

Ao meu Coorientador, Prof. Dr. Sinézio Inácio da Silva Júnior, pelos ensinamentos tão importantes e por dividir seus conhecimentos na construção deste trabalho.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas, pela oportunidade.

À Prefeitura Municipal de Carvalhópolis, em especial, minha chefe, Luciane Almeida Caproni Vital, pela compreensão com as minhas ausências no ambiente de trabalho. Sem esse apoio não seria possível chegar até o fim desta pesquisa.

Às secretarias Municipais de Saúde de Alfenas, Alterosa, Areado, Botelhos, Campestre, Campo do Meio, Campos Gerais, Carmo do Rio Claro, Carvalhópolis, Conceição da Aparecida, Divisa Nova, Fama, Machado, Paraguaçu, Poço Fundo e Serrania por autorizarem a pesquisa em seus municípios. E às respectivas equipes de Estratégia Saúde da Família, por me receberem na coleta de dados.

Por fim, aos meus pais, Roberto e Sânia, meus irmãos, Douglas e Deliane, meus cunhados, Luciano e Mirlane, e minha sobrinha amada Iara. Muito obrigada pelo apoio e paciência de sempre, e por estarem sempre presentes em todos os momentos da minha vida.

*“Talvez não tenha conseguido fazer o melhor, mas lutei para que o melhor fosse feito. Não sou o que deveria ser, mas Graças a Deus, não sou o que era antes”. (Marthin Luther King)*

*(KING, 1962)*

## RESUMO

**Introdução:** Redes de Atenção à Saúde (RAS) são organizações de interação mútua, coordenada pela Atenção Primária à Saúde (APS), representada pela Estratégia Saúde da Família (ESF), a qual possui no enfermeiro um operacionalizador chave. **Objetivo:** Avaliar sob a ótica do enfermeiro da ESF a capacidade da APS de coordenar as RAS. **Métodos:** Estudo quantitativo transversal, no qual foram entrevistados enfermeiros dos municípios de uma microrregião de saúde de Minas Gerais, por meio do Instrumento de Avaliação da Coordenação das RAS pela APS (COPAS), nos meses de novembro de 2017 a abril de 2018. Os dados foram consolidados no *Microsoft Excell*, o qual foi utilizado para calcular os escores do instrumento, nas dimensões e na globalidade. Aplicou-se análise descritiva com contagem de frequência das variáveis categóricas e cálculo de medida central para variáveis contínuas. Realizaram-se testes para associação entre as variáveis e agrupamento de perfis semelhantes. Considerou-se nível de significância de 5%. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unifal, sob Parecer número 2.303.523. **Resultados:** Foram 49 entrevistados, a maioria do sexo feminino; idade média de 35,71 anos; e, trabalhando em média há 6,12 anos na ESF. Nenhum município foi classificado como condição insatisfatória ou regular; a avaliação da coordenação das RAS pela APS foi classificada como condição boa. As associações mostraram que, quanto menor o IDH, melhor é a avaliação da dimensão população. Os dendogramas mostraram semelhanças e dissimilaridades entre as respostas dos grupos profissionais de enfermeiros pelos municípios de atuação. **Considerações finais:** Os resultados apresentados mostraram que, na microrregião de estudo, a APS possui capacidade de coordenar as RAS e que o profissional enfermeiro tem papel fundamental nesse processo. Foi possível perceber semelhanças importantes, entre os municípios avaliados, na assistência ao indivíduo e família, gestão em saúde, aspectos estruturais e processo de trabalho. Também se percebeu um déficit, principalmente em relação aos sistemas de informação e assistência farmacêutica.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem. Estratégia Saúde da Família. Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Enfermeiras de Saúde da Família. Administração de Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

**Introduction:** Health Care Networks are organized of mutual interaction, coordinated for Primary Health Care, represented for Family Health Strategy, that have in nurse a key operator. **Objective:** Evaluate for the optical of nurse of Family Health Strategy the capacity of Primary Health Care of coordinate the Health Care Networks. **Method:** Transversal quantitative study that were interviewed Nurse of counties of a small region of health Minas Gerais, for Instrument of Evaluation of Coordination of Health Care Networks for Primary Health Care, in months of November of 2017 and April of 2018. The data were consolidated in Microsoft Excell, that was used for calculate the scores of instrument, in dimensions and globalization. Applied a descriptive analyze with score of frequency of categorical variables and the score of central measurement of continuous variables. Were realized tests for association between the variables and grouping of similar profiles. Were considered the significance level of 5%. The project was approved for Research Ethics Committees of Federal University Alfnas, under the advice of 2.303.523. **Results:** Was interviewed 49, the majority of female sex, average age of 35,71 years and working in average 6,12 years in Family Health Strategy. None counties was classified as dissatisfaction condition as regular, the evaluation of coordination of Health Care Networks for Primary Health Care, was classified like good condition. The associations shows that the lower the index of human development, better is the evaluation of population dimension. The dendograms shows similarities and dissimilarities between the answers of professional groups of nurses by the municipalities of action. **Final Considerations:** The results presented shows that in small regions of study, the Primary Health Care has capacity of coordinate the Health Care Networks and that the nurse professional has fundamental function in this process. Was possible perceive important similarities, between the evaluated counties, in assistance of individual and family, health management, structural aspects and work process. Also was noticed a deficit, mainly in relationship of information system and pharmaceutical care.

**Keywords:** Nursing. Family Health Strategy. Brazilian National Health System. Primary Health Care. Family Health Nurses. Administration of Health Services.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	–	Fluxograma PRISMA da seleção dos artigos, 2018.....	22
Figura 2	–	Divisão assistencial por macrorregião, Minas Gerais, 2018.....	32
Figura 3	–	Microrregião Alfenas/Machado, Minas Gerais, 2018.....	33
Figura 4	–	Gráfico de correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano e Avaliação da dimensão População, Minas Gerais, 2018.....	44
Figura 5	–	Gráfico de correlação entre Cobertura Populacional estimada de Estratégia Saúde da Família e Avaliação da dimensão Atenção Primária à Saúde, Minas Gerais, 2018.....	46
Figura 6	–	Gráfico de correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano e Avaliação da dimensão Sistema Logístico, Minas Gerais, 2018.....	48
Figura 7	–	Gráfico de correlação entre Cobertura Populacional estimada de Estratégia Saúde da Família e Avaliação da dimensão Sistema Logístico, Minas Gerais, 2018.....	48
Figura 8	–	Gráfico de correlação entre Índice de Desenvolvimento Humano e Avaliação da dimensão Sistema de Governança, Minas Gerais, 2018.....	50
Figura 9	–	Gráfico de correlação entre Cobertura Populacional estimada de Estratégia Saúde da Família e Avaliação da dimensão Sistema de Governança, Minas Gerais, 2018.....	50
Figura 10	–	Dendograma obtido da análise de agrupamento das respostas do Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária na dimensão População, Minas Gerais, 2018.....	51
Figura 11	–	Gráfico de semelhanças entre os indivíduos de acordo com o padrão de respostas, Minas Gerais, 2018.....	52
Figura 12	–	Dendograma obtido da análise de agrupamento das respostas do Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária na	

		dimensão Atenção Primária à Saúde, Minas Gerais, 2018.....	53
Figura 13	–	Dendograma obtido da análise de agrupamento das respostas do Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária na dimensão Sistemas de Apoio, Minas Gerais, 2018.....	54
Figura 14	–	Dendograma obtido da análise de agrupamento das respostas do Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária na dimensão Sistema Logístico, Minas Gerais, 2018.....	55
Figura 15	–	Dendograma obtido da análise de agrupamento das respostas do Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária na dimensão Sistema de Governança, Minas Gerais, 2018.....	56
Figura 16	–	Dendograma obtido da análise de agrupamento das respostas do Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária na sua globalidade, Minas Gerais, 2018.....	57

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	–	Informações referentes aos artigos selecionados.....	23
Quadro 2	–	Atribuições específicas do Enfermeiro na Atenção Básica.....	28
Quadro 3	–	Distribuição populacional na Região de Saúde Alfenas/Machado, 2018.....	34
Quadro 4	–	Divisão do Instrumento de Avaliação da Coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária.....	36
Quadro 5	–	Conversão de escala.....	38
Quadro 6	–	Escores para classificação da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde por globalidade e atributos.....	39

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1	–	Desempenho dos municípios nas dimensões de avaliação das Redes de Atenção à Saúde, Minas Gerais, 2018.....	41
Tabela 2	–	Resultado da avaliação dos profissionais segundo a dimensão População em relação ao atendimento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família e tipo de especialização, Minas Gerais, 2018.....	44
Tabela 3	–	Resultado da avaliação dos profissionais segundo a dimensão Atenção Primária à Saúde em relação ao atendimento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família e tipo de especialização, Minas Gerais, 2018.....	45
Tabela 4	–	Resultado da avaliação dos profissionais segundo a dimensão Sistemas de Apoio em relação ao atendimento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família e tipo de especialização, Minas Gerais, 2018.....	46
Tabela 5	–	Resultado da avaliação dos profissionais segundo a dimensão Sistemas de Apoio em relação ao atendimento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família e tipo de especialização, Minas Gerais, 2018.....	47
Tabela 6	–	Resultado da avaliação dos profissionais segundo a dimensão Sistemas de Apoio em relação ao atendimento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família e tipo de especialização, Minas Gerais, 2018.....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACE	–	Agentes de Combate às Endemias
ACS	–	Agentes Comunitários de Saúde
APS	–	Atenção Primária à Saúde
BDENF	–	Base de Dados de Enfermagem
CAAE	–	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CNES	–	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASEMS	–	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	–	Conselho Nacional dos Secretários de Saúde
COPAS	–	Instrumento de Avaliação da Coordenação das RAS pela APS
DECS	–	Descritores em Ciências da Saúde
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
IDH	–	Índice de Desenvolvimento Humano
LILACS	–	<i>Latin American and Caribbean Health Science Literature Database</i>
NASF	–	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	–	<i>National Health Service</i>
NOAS	–	Norma Operacional da Assistência à Saúde
PACS	–	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PDR	–	Plano Diretor de Regionalização
PEC	–	Prontuário Eletrônico
PMAQ-AB	–	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PNAB	–	Política Nacional de Atenção Básica
PNS	–	Pesquisa Nacional de Saúde
PSF	–	Programa Saúde da Família
PUBMED	–	<i>Public Medline or Publisher Medline</i>
RAS	–	Redes de Atenção à Saúde
SMS	–	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UBS	–	Unidades Básicas de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	17
2.1	OBEJTIVO GERAL .....	17
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	17
<b>3</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	18
3.1	CONTEXTO HISTÓRICO E CONSOLIDAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	18
3.2	O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E SUA ATUAÇÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	20
<b>4</b>	<b>MATERIAIS E MÉTODOS</b> .....	31
4.1	TIPO DE PESQUISA .....	31
4.2	POPULAÇÃO DE ESTUDO E SUJEITOS DA PESQUISA.....	31
4.3	LOCAL DA PESQUISA .....	32
4.4	ASPECTOS ÉTICOS .....	35
4.5	COLETA DE DADOS .....	35
4.5.1	<b>Instrumento de Coleta</b> .....	36
4.6	ANÁLISE DE DADOS .....	38
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	41
5.1	ANÁLISE DE ASSOCIAÇÕES .....	43
5.2	ANÁLISE DE AGRUPAMENTO (CLUSTER) .....	51
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	58
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	68
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	70
	<b>ANEXOS</b> .....	78
	<b>APÊNDICES</b> .....	91

## 1 INTRODUÇÃO

A ideia de rede regionalizada de saúde de forma organizada, para atender a todas as necessidades de saúde de uma população, em uma dada região de saúde, surgiu na Inglaterra, em 1920, quando, por solicitação do governo, o Ministério da Saúde publicou o Relatório Dawson (DAWSON, 1964). Tal documento apresentava a necessidade de organização dos sistemas de serviços de saúde, visando ao domínio da prevenção e da cura das enfermidades (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

O mesmo relatório também foi pioneiro ao utilizar o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) como organizadora dos sistemas públicos de serviços de saúde, de forma hierarquizada, utilizando os níveis de complexidades em uma região definida. Sendo, ainda, influência na criação do *National Health Service* (NHS), o sistema de saúde britânico, que passou a ser orientador de outros sistemas públicos de saúde pelo mundo todo (LAVRAS, 2011).

A consagração da APS aconteceu em 1978, quando foi amplamente discutida na “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, em Alma Ata, cidade da extinta União Soviética, evento que resultou na Declaração de Alma Ata (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978). A APS ficou definida como primeiro contato do indivíduo com os sistemas públicos de saúde, no processo continuado de cuidado e assistência (RODRIGUES et al., 2014a).

No Brasil, a organização do sistema público de saúde como política universalista se deu após a consolidação da Constituição Federal de 1988, que garantiu a saúde como dever do Estado e direito do cidadão e criou o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). Um sistema único, integrado em uma rede regionalizada e hierarquizada, e organizado de acordo com as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (BRASIL, 1990).

Com a institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), foi preciso implementar e operacionalizar o sistema público de saúde, para que a transferência de poder decisório para os Estados e Municípios pudesse acontecer e dentro da lógica federativa de cada ente (CUNHA; SOUZA, 2017). O período seguinte foi voltado à descentralização da saúde, colocando os municípios à frente do sistema,

melhorando o acesso, efetivando o controle social e qualificando a rede de cuidados (REIS, et al., 2017).

A municipalização foi um processo progressivo pelo qual os municípios assumiram a prestação de cuidados básicos de seus munícipes, ofertando as ações de atenção à saúde por meio das unidades denominadas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Com isso, os municípios iniciaram um processo de estruturação mais homogêneo da APS, também chamada de Atenção Básica (CECÍLIO et al., 2012). Mas, como essa proposta não se configurava um modelo nacional evidente, em 1994, após uma avaliação positiva do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Ministério da Saúde propôs o Programa Saúde da Família (PSF), que foi posteriormente entendido como uma Estratégia Saúde da Família (ESF) para uma reorientação do modelo assistencial (LAVRAS, 2011).

A ESF passou a aplicar os princípios e diretrizes do SUS no âmbito da APS. Como objetivo, a ESF apresentou a contribuição para mudanças no modelo assistencial por meio da Atenção Básica, com novas estratégias e definições nos serviços públicos de saúde para a população (COELHO et al., 2012). A ESF visa à organização, expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica no Brasil, favorecendo uma reorientação do processo de trabalho e impactando na situação de saúde das pessoas e coletividades, caracterizando assim a APS como porta de entrada preferencial do indivíduo para o sistema público de saúde (BRASIL, 2017).

Não somente como a sobredita “porta de entrada”, a APS também se tornou responsável por coordenar o cuidado dos indivíduos, quando estes não estiverem em assistência no nível primário de atenção. Garantindo, assim, a continuidade do cuidado, a integralidade, a coordenação e a centralização na família e comunidade, para maior resolutividade dos problemas de saúde (LAPÃO et al., 2017).

Os níveis de atenção à saúde dividem-se de acordo com as tecnologias utilizadas, variando de menor densidade (APS), passando pelo nível secundário (tecnologia intermediária), até o nível de maior densidade (atenção terciária) (MENDES, 2011). Disso parte o conceito das Redes de Atenção à Saúde (RAS), definidas por organizações de interação mútua, nas quais a governabilidade dos sistemas é desenvolvida por um conjunto de serviços de saúde interligados e direcionados aos mesmos objetivos, visando ofertar a integralidade e a continuidade da assistência a uma população definida, coordenada pela APS e com vistas a superar a fragmentação da atenção à saúde (MENDES, 2010). Para que isso

aconteça, a APS precisa, de maneira interdependente, estar em comunicação com todos os pontos de atenção, possibilitando o escoamento do atendimento à população da sua área geográfica delimitada (MENDES, 2011).

Nesse cenário, fica evidente a necessidade de oferecer intervenções de promoção, proteção, reabilitação e manutenção da saúde, oferecidos nas RAS, com coordenação pela APS e ênfase na integralidade e na resolutividade. Dentre os membros da equipe multiprofissional da ESF destaca-se o papel do enfermeiro como operacionalizador dessa estratégia, inserido em um ambiente praticável de coordenação, favorecido pela sua formação generalista, facilidade de comunicação com outras áreas, experiência no planejamento, execução e avaliação das ações tanto assistenciais, como gerenciais (MOLL et al., 2017).

O profissional enfermeiro na APS deve ser capaz de supervisionar, organizar, planejar e gerenciar as ações de saúde, sempre levando em consideração as necessidades da sua população e favorecendo a promoção de saúde e prevenção de agravos. E não menos importante, a necessidade de articulação entre os níveis de atenção primária, secundária e terciária, para que ocorra de fato a integralidade da assistência eficiente para o individual e coletivo (FREITAS; SANTOS, 2014).

O enfermeiro inserido na APS tem, dentre suas atribuições, o planejamento, o gerenciamento e a avaliação das ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) em conjunto com os outros membros da equipe (BRASIL, 2017). Na ESF, o enfermeiro desenvolve seu processo de trabalho dentro das dimensões assistência, gerência, ensino, pesquisa e política. As dimensões assistencial e gerencial se destacam dentro desse processo, com ações de coordenação executadas com referência na definição das relações de trabalho e atividades de cada componente da equipe (PAULA et al., 2013).

Em estudo realizado na microrregião de saúde de Alfenas – MG notou-se que os enfermeiros são os profissionais com maior tempo de trabalho nas equipes da ESF. Além disso, a maioria deles (89,48%) apresentou Pós-graduação *Lato Sensu* na área de APS (saúde pública; atenção básica; saúde da família; Programa Saúde da Família e medicina de família) (SILVA et al., 2014).

Diante do exposto, é importante que os enfermeiros estejam sensibilizados sobre suas atribuições e competências na Atenção Básica e estejam envolvidos no funcionamento das RAS, tendo a APS como coordenadora do cuidado e ordenadora

da rede, para reconhecer as fragilidades e contribuir com a reorganização do modelo de atenção à saúde, necessária aos sistemas públicos de saúde.

Frente a essa perspectiva, surge o questionamento: Como o enfermeiro que trabalha na Estratégia de Saúde da Família avalia a coordenação das RAS por este ponto de atenção à saúde?

O estudo se justifica tendo em vista toda essa complexidade acerca das RAS, coordenadas pela APS, tendo o enfermeiro um papel de destaque na Atenção Básica. Verifica-se a necessidade de ampliar e adensar o conhecimento científico em relação ao tema, dada a escassez de pesquisas que abordem o assunto. Com isso pensar na melhoria da reorganização do modelo assistencial à saúde e incrementar a integralidade de acesso da população. Além de envolver o enfermeiro no processo de coordenação do sistema para consequentemente diminuir os riscos para a saúde da população e superar a fragmentação da atenção à saúde.

## 2 OBJETIVOS

Abaixo seguem os objetivos gerais e específicos do estudo.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar sob a ótica do enfermeiro da Estratégia Saúde da Família a capacidade da Atenção Primária à Saúde de coordenar as Redes de Atenção à Saúde.

### 2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o envolvimento da equipe da ESF com a população adscrita, sob a ótica do enfermeiro;
- b) Identificar as atividades desenvolvidas pelo enfermeiro na coordenação da ESF;
- c) Identificar como o enfermeiro avalia os sistemas de apoio, logístico e de governança das unidades de APS inseridas nas RAS;
- d) Verificar a associação da avaliação das RAS pelo enfermeiro e a cobertura populacional da ESF em cada município;
- e) Verificar a associação da avaliação das RAS pelo enfermeiro e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em cada município.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

Abaixo segue a revisão de literatura.

#### 3.1 CONTEXTO HISTÓRICO E CONSOLIDAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O processo de regionalização da saúde no Brasil passou a ser discutido após a criação legal do SUS, com a Lei nº 8.080/1990, que apresenta como um de seus princípios a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e a regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde (BRASIL, 1990).

Porém, com o processo de municipalização, a implementação do SUS contribuiu pouco com a organização dos serviços de saúde em redes de atenção, nos municípios constituintes de territórios definidos (SILVA, 2011). Acarretou-se, assim, a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) (BRASIL, 2001), com o intuito de preencher esse hiato em relação às redes de atenção à saúde, valorizando a necessidade de formação de redes integradas.

Como parte do processo de regionalização, a NOAS/2001 instituiu o Plano Diretor de Regionalização (PDR), documento organizativo das unidades da Federação, baseado na definição de prioridades de atenção à saúde, de acordo com as necessidades da população e para garantia de acesso integral e em todos os níveis de atenção. Esse documento caracterizava as RAS como um espaço territorial de planejamento em saúde, independente de divisão de limites administrativos territoriais, a ser definido de acordo com as características demográficas, socioeconômicas, epidemiológicas, sanitárias e de relação entre os municípios (BRASIL, 2001). A partir de então, vários Estados brasileiros, dentre eles Minas Gerais, deram início à elaboração dos seus PDR.

Os sistemas locais de saúde organizados de forma hierárquica, centralizada e medicalizadora ainda não atendiam as necessidades de saúde da população. Era preciso um movimento mais robusto para garantir integralidade, resolubilidade e

efetiva implementação das RAS, o que ocorreu em quatro momentos, na trina federativa: concepção teórico-conceitual, difusão da proposta, institucionalização das RAS e implantação das RAS (CONASS, 2015).

O primeiro momento, iniciado em 2004, foi da construção de uma proposta de RAS que, utilizando-se de experiências internacionais mais maduras, adequou-as à realidade brasileira. O segundo momento, no campo ideológico, foi a difusão da proposta concebida por meio de “Oficinas de RAS”, estruturadas pelo Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS), com o objetivo de criar ambiente favorável à compreensão do conceito da RAS e avançar em alguns aspectos de fundamentos teóricos e operacionais, o que criou entendimento e adesão à ideia de RAS em atores sociais relevantes do SUS. O terceiro momento foi a busca de institucionalização das RAS como forma de organização dos serviços de saúde no SUS, realizada por meio de discussões do CONASS com o Ministério da Saúde e com o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) para a construção de consenso sobre a proposta de RAS (CONASS, 2015). Esse movimento culminou com a publicação da Portaria GM/MS n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010. O quarto momento foi o de implantação das RAS (BRASIL, 2010).

O Ministério da Saúde define as RAS como um arranjo organizativo de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistema de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Para Mendes (2010), os conteúdos básicos das RAS apresentam objetivos e metas em comum; funcionam de forma interdependente e cooperativamente; são organizadas de forma poliárquica, ou seja, todos os pontos de atenção têm igual responsabilidade e importância na governabilidade do sistema; são coordenadas pela APS; apresentam continuidade de cuidado em todos os níveis de atenção; são responsáveis pelas ações integrais à saúde (intervenções de promoção, prevenção, curativas e reabilitadoras).

Essa operacionalização das RAS se dá pela interação dos seus elementos constituintes, a saber (MENDES, 2011):

- a) **População:** colocada sob a mesma responsabilidade sanitária e econômica; que vive em territórios sanitários semelhantes; e organizada em famílias, cadastradas e registradas por riscos sanitários. A APS tem papel importante

nesse elemento constituinte das RAS, pois é ela a responsável em conhecer a sua população, durante um complexo processo que envolve a territorialização, com o cadastramento das famílias; a classificação de risco destas; a criação do vínculo das famílias com a ESF; e a identificação de riscos e condições de saúde mais complexas das subpopulações (OPAS, 2011).

- b) **Estrutura operacional:** constituída pelo centro de comunicação, a APS; os pontos de atenção à saúde, secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança.
- c) **Modelo de atenção à saúde:** sistemas que organizam o funcionamento das RAS, articulando as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos.

As RAS proporcionam condições mais estruturadas para efetivação da integralidade da atenção e podem ainda reduzir custos dos serviços por oferecer uma lógica sistêmica na utilização dos recursos. Para garantir a integralidade, a RAS trabalha a necessidade de cada indivíduo nos diferentes pontos da rede, procurando um contato sequencial com o usuário e os serviços de saúde e ainda proporciona a inclusão de políticas de outros setores relacionados ao processo saúde-doença (SILVA, 2011).

O grande desafio, porém, parece estar na construção de um sistema integrado, que respeite a autonomia de gestão de cada município e consiga articular sua prática loco-regional, visando garantir uma atenção de qualidade. Nesse sentido, a estruturação das redes deve consolidar todos os seus elementos constituintes, para dar continuidade da assistência, com integralidade da atenção e melhor utilização dos recursos existentes (LAVRAS, 2011).

### 3.2 O PROCESSO DE TRABALHO DO ENFERMEIRO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A SUA ATUAÇÃO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

O modelo de atenção à saúde que atende aos objetivos das RAS é o que tem centralidade da APS, que no Brasil é representado pela ESF. A APS é a porta de entrada preferencial ao sistema público de saúde, sendo o primeiro nível de contato

do indivíduo, como também da população em si. Aquele mais próximo possível da sua casa e/ou comunidade. Por isso a APS é vista como ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado de saúde pela sua posição de centralidade na constituição das redes de cuidados (CECÍLIO et al., 2012).

A ESF traz consigo os princípios do SUS de integralidade, universalidade e equidade, atendendo às especificações da APS no que tange à territorialização, intersetorialidade, descentralização e coordenação das RAS. Apresenta em seu programa a garantia de trabalho em equipe, constituição de vínculos e as famílias como o centro da atenção. E, por fim, o enfermeiro à frente da equipe, como categoria profissional que contribui no processo de coordenação do trabalho nas unidades e programas de saúde, visando a um melhor planejamento, implementação e avaliação dessa estratégia (SPAGNUOLO et al., 2012).

Procurando conhecer o que a literatura científica atual traz sobre a atuação do enfermeiro da ESF nas RAS, foi realizada uma busca bibliográfica para elaboração de uma revisão narrativa. Foram consultadas as seguintes bases de dados: *Latin American and Caribbean Health Science Literature Database* (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e *Public Medline or Publisher Medline* (PUBMED). Utilizaram-se os seguintes Descritores em Ciências da Saúde (DECS): Serviços de Saúde, Enfermagem, Estratégia Saúde da Família, Enfermagem em Saúde Pública, Enfermeiras de Saúde da Família, Enfermagem de Atenção Primária, Sistema Único de Saúde e Administração de Serviços de Saúde. Foram realizados os cruzamentos: 1) “Serviços de Saúde” AND “Enfermagem” AND “Estratégia Saúde da Família”; 2) “Enfermagem em Saúde Pública” AND “Administração de Serviços de Saúde” AND “Sistema Único de Saúde”; 3) “Enfermeiras de Saúde da Família” AND “Sistema Único de Saúde” AND “Administração de Serviços de Saúde” e 4) “Enfermagem de Atenção Primária” AND “Serviços de Saúde” AND “Sistema Único de Saúde”. O acesso às bases de dados ocorreu no mês de março de 2018.

Aplicaram-se os critérios de inclusão: tipo de documento, artigos; tendo como país/região como assunto, o BRASIL; artigos publicados entre 2010 e 2018; nos idiomas português, inglês e espanhol; disponíveis gratuitamente em meios eletrônicos. O corte temporal foi definido devido à publicação, pelo Ministério da Saúde, da Portaria n. 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização das RAS no âmbito do SUS, a qual foi o marco normativo para o estudo das RAS no Brasil (BRASIL, 2010).

A seleção dos artigos deu-se por meio da leitura do título e resumos, verificando assim aqueles que deveriam ser lidos na íntegra. Os critérios de exclusão foram: publicações duplicadas e os estudos que não elucidavam a atuação do Enfermeiro da ESF nas RAS.

A Figura 1 contempla o fluxograma da busca na literatura e seleção dos artigos.

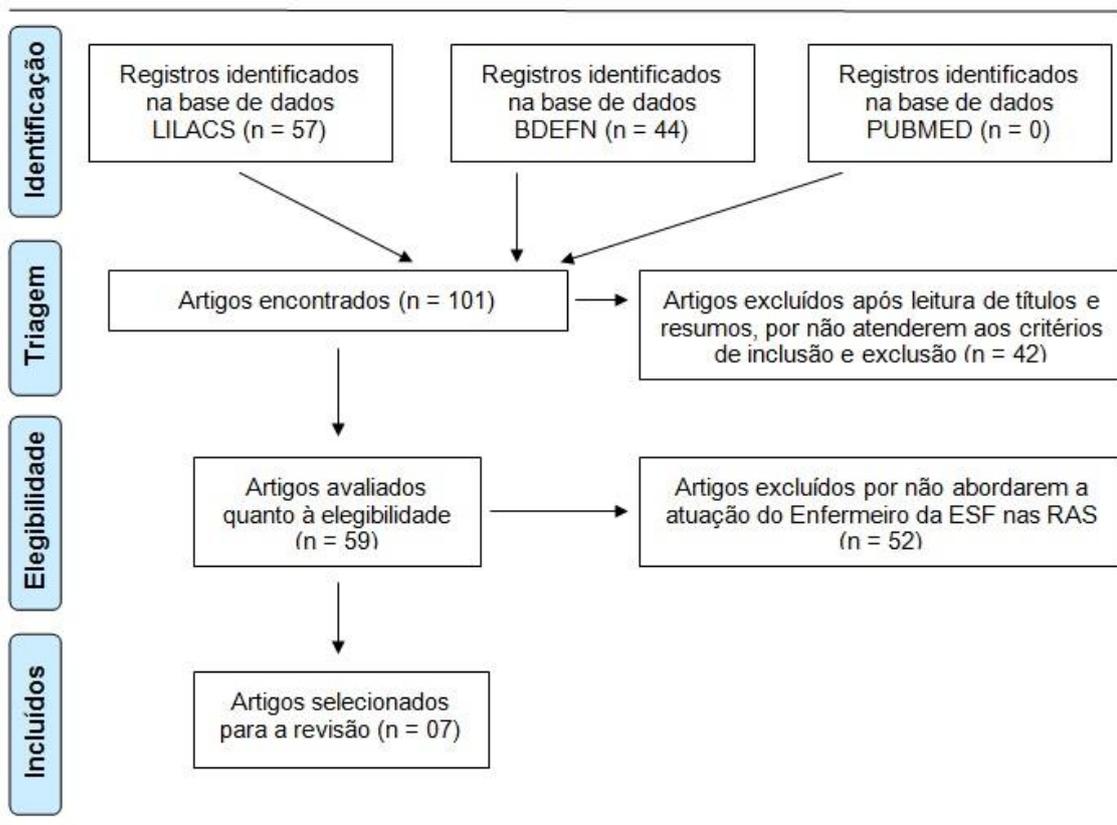


Figura 1 - Fluxograma PRISMA da seleção dos artigos, 2018.  
Fonte: MOHER, et al (2015, p. 338).

A coleta e seleção dos artigos nas bases de dados resultaram na inclusão de sete artigos. As informações referentes à autoria, ao título e ao local da pesquisa e os principais resultados dos artigos incluídos na amostra encontram-se no Quadro 1. Eles foram identificados com a sigla A e o número ordinal, decrescente, de acordo com o ano de publicação.

Quadro 1 – Informações referentes aos artigos selecionados

(continua)

Identificação do artigo	Título	Local da pesquisa	Principais resultados
A1. (SOUSA et al., 2015)	Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na Estratégia Saúde da Família	Picos, Piauí.	Há dificuldade na implementação da assistência de enfermagem ao hipertenso, na atenção básica; somente alguns enfermeiros realizam consultas e pactuam metas e planos de cuidado com os clientes. Os autores evidenciam a necessidade de educação continuada para a transposição dessa limitação.
A2. (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015)	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	Belo Horizonte, Minas Gerais.	Os resultados revelaram a importância de fatores estruturais (sistemas logísticos adequados, formação da equipe em saúde da família) e organizacionais (médico em tempo integral, número de equipes da Estratégia Saúde da Família por unidades básicas de saúde) na performance da APS e na melhoria da qualidade. Logo, investimentos deveriam ser feitos para garantir um novo conceito de UBS de porte médio, robustas e bem equipadas, que possibilitem a permanência de várias equipes que possam compartilhar recursos e conhecimentos, podendo gerar melhoria na qualidade da APS e maior sustentabilidade dessa política.

Quadro 1 – Informações referentes aos artigos selecionados (continuação)

<b>Identificação do artigo</b>	<b>Título</b>	<b>Local da pesquisa</b>	<b>Principais resultados</b>
A3. (SILVA; ASSIS, 2015)	O cuidar da enfermeira na saúde da família: fragilidades e potencialidades no Sistema Único de Saúde	Feira de Santana e Santo Antônio de Jesus, Bahia.	A rede de atenção do SUS nos cenários estudados demonstra os possíveis caminhos a serem percorridos pelo usuário. Ratifica-se que o enfermeiro atua em toda essa condução para os serviços ofertados e o agendamento para um possível retorno ou encaminhamento para serviços de outro nível de complexidade tecnológica. O enfermeiro é o principal sujeito que participa dos processos de cuidar em atenção à pessoa, família e grupos sociais.
A4. (ALBERTI; ESPÍNDOLA; CARVALHO, 2014)	Abordagem ao idoso na estratégia de saúde da família e as implicações para a atuação do enfermeiro	Município da região centro-oeste do Rio Grande do Sul.	A ESF corresponde ao acesso de primeiro contato do idoso com a rede de serviços. A abordagem acontece por intermédio da participação dos idosos nos programas do Ministério da Saúde ou através da consulta de enfermagem, nenhum desses contemplando as particularidades existentes na velhice.
A5. (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013)	Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território	Caicó, Rio Grande do Norte.	Os serviços de saúde pesquisados desenvolvem um cuidado fragmentado e pouco articulado, devido ao déficit de informação entre serviços sobre a clínica do paciente na referência e contrarreferência.

Quadro 1 – Informações referentes aos artigos selecionados

(continuação)

<b>Identificação do artigo</b>	<b>Título</b>	<b>Local da pesquisa</b>	<b>Principais resultados</b>
A5. (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013)	Apoio matricial em saúde mental: percepção de profissionais no território	Caicó, Rio Grande do Norte.	Além de não reconhecerem o matriciamento como prática do processo de trabalho em saúde. A troca de informações entre os serviços deve ser precisa e contínua para que o cuidado não seja prejudicado; e que o processo de corresponsabilização seja efetivamente concretizado. Tais problemas não são exclusivos da ESF ou da saúde mental, mas fazem parte do contexto da saúde pública brasileira, exigindo assim a construção de projetos governamentais de maior amplitude.
A6. (NERY et al., 2011)	Saúde da Família: visão dos usuários	Jequié, Bahia.	A ESF é reconhecida como porta de entrada, centro coordenador da atenção à saúde em outros pontos da rede, com atenção multiprofissional, salientando ações preventivas, curativas e de diagnóstico, embora o conhecimento do usuário sobre seu funcionamento seja incipiente. A qualidade do acolhimento e a capacidade resolutiva na unidade foram avaliadas como baixa, impelindo à busca de outras portas de entrada do SUS, como a urgência/emergência.

Quadro 1 – Informações referentes aos artigos selecionados (conclusão)

<b>Identificação do artigo</b>	<b>Título</b>	<b>Local da pesquisa</b>	<b>Principais resultados</b>
A6. (NERY et al., 2011)	Saúde da Família: visão dos usuários	Jequié, Bahia.	Há satisfação com o trabalho da equipe, na qual o cuidado é feito com respeito e vínculo domiciliar, sobretudo pelo enfermeiro e pelo ACS.
A7. (ROSENSTOCK; NEVES, 2010)	Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil	João Pessoa, Paraíba.	A análise do material empírico revelou as concepções dos enfermeiros acerca do papel de provedor do cuidado integral da enfermagem na Atenção Básica de Saúde. Neste ponto de atenção da rede de saúde, o enfermeiro reconhece a existência de uma população que sofre com a dependência química e necessita de atendimento, porém, relata que comumente não exercem atividades específicas voltadas para essa área. Conseguem realizar o acolhimento do dependente químico e o seu encaminhamento a serviços especializados em saúde mental. Para tanto, poderia haver a possibilidade de se incluir treinamentos específicos na temática do abuso de drogas.

Fonte: Dados do autor

Frente aos resultados da análise dos artigos encontrados, compreendeu-se um pouco mais sobre os limites e possibilidades da atuação do enfermeiro como integrante da equipe que operacionaliza o papel de centro de comunicação e coordenação do cuidado da ESF nas RAS, como propõe Mendes (2010).

Evidencia-se que a atuação do enfermeiro na APS o coloca numa posição de principalidade, como um canal de acesso, acolhimento e encaminhamento, nos processos de cuidar nas RAS (SILVA; ASSIS, 2015). Todavia, essa atuação não está contribuindo para a resolutividade esperada no nível da APS, sobretudo para a saúde mental, contextos de consumo de álcool e drogas, hipertensos e idosos (ALBERTI; ESPÍNDOLA; CARVALHO, 2014; AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013;

NEVES, 2010; ROSENSTOCK; SOUZA et al., 2015;). O mesmo acontece na comunicação, já que há incipiência na referência e contrarreferência, muito ligada à atuação médica (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013). Esse fato se faz presente porque o enfermeiro realiza suas consultas de forma insuficiente para produzir informações clínicas que auxiliem nesse processo, perante as múltiplas demandas da população (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013). Fatores estruturais e organizacionais, com destaque para a escassa educação continuada, também se configuram como limitadores para o alcance da comunicação e coordenação do cuidado, assim como o pouco entendimento sobre o matriciamento (SOUZA et al., 2015; TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

O respeito com o usuário e o vínculo que o enfermeiro constrói com o indivíduo, família e comunidade por meio do acolhimento, encaminhamentos e visitas domiciliares pode contribuir para a consolidação das RAS, no que diz respeito à coordenação do cuidado e à comunicação (NERY et al., 2011).

O processo de trabalho na ESF é interdisciplinar e multiprofissional. Nesse nível assistencial, o enfermeiro possui atribuições como gerenciar, supervisionar, planejar, organizar, desenvolver e avaliar ações. Estas devem corresponder às necessidades do indivíduo, família e comunidade no seu cotidiano, para o bom funcionamento da assistência ao cuidado continuado. Além das ações de gerência e supervisão, o enfermeiro possui as atribuições específicas de sua competência profissional, como consulta de enfermagem, supervisão da equipe de enfermagem e dos ACS, ações educativas, dentre outras (FREITAS; SANTOS, 2014).

O campo de atuação para o enfermeiro é grande, ele pode exercer seu papel ao trabalhar a motivação e o resgate da autoestima do usuário em consultas de enfermagem, reuniões de grupo de apoio e na realização de palestras educativas, além de promover capacitações, educação continuada e atuar na atividade de cuidar com ênfase na promoção da saúde (ROSENSTOCK; NEVES, 2010). Tem destaque importante na atuação das políticas públicas em saúde e no empoderamento da APS quando atua diretamente nos programas estratégicos de atenção à saúde, como, por exemplo, a ESF. É o profissional que desenvolve o trabalho de articulação entre os níveis de atenção e os serviços de saúde, para garantia da assistência integral e do cuidado continuado para sua população (COELHO et al., 2012).

Na ESF, o enfermeiro integra grupos multiprofissionais com ações assistenciais e educativas conjuntas e implanta programas e consultas. Suas

intervenções podem ser realizadas em diferentes ambientes de cuidado, com metodologias e ferramentas variadas, aplicadas a pacientes e seus familiares. Na sua prática profissional, sistematiza suas ações, a fim de que seu trabalho e conhecimento conduzam ao repensar contínuo da prática profissional, desenvolvendo ações que vão além do modelo biomédico (SOUSA et al., 2015).

As atribuições específicas do enfermeiro na Atenção Básica estão descritas no Quadro 2, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017):

Quadro 2 – Atribuições específicas do Enfermeiro na Atenção Básica

1 - Realizar atenção à saúde aos indivíduos e famílias vinculadas às equipes e, quando necessário, por indicação ou não, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações entre outras), em todos os ciclos de vida;
2 - Realizar consulta de enfermagem, procedimentos, solicitar exames complementares, prescrever medicações conforme protocolos, diretrizes clínicas e terapêuticas, ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal, estadual, municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão;
3 - Realizar e/ou supervisionar acolhimento com escuta qualificada e classificação de risco, de acordo com protocolos estabelecidos;
4 - Realizar estratificação de risco e elaborar plano de cuidados para as pessoas que possuem condições crônicas no território, junto aos demais membros da equipe;
5 - Realizar atividades em grupo e encaminhar, quando necessário, usuários a outros serviços, conforme fluxo estabelecido pela rede local;
6 - Planejar, gerenciar e avaliar as ações desenvolvidas pelos técnicos/auxiliares de enfermagem, ACS e ACE em conjunto com os outros membros da equipe;
7 - Supervisionar as ações do técnico/auxiliar de enfermagem e ACS;
8 - Implementar e manter atualizados rotinas, protocolos e fluxos relacionados a sua área de competência na UBS; e
9 - Exercer outras atribuições, conforme legislação profissional e que sejam de responsabilidade na sua área de atuação.

Fonte: BRASIL (2017).

Para que haja a integralidade da assistência, a presença do enfermeiro é indispensável na ESF. Essa é uma característica da estratégia brasileira para a organização da APS, com a presença de uma rede articulada, possibilitando troca de opiniões e contribuindo para a coordenação. A adequada capacitação dos enfermeiros para essa função também foi demonstrada imprescindível (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015), já que, diferentemente das outras profissões da área da saúde, esses profissionais possuem formação com ênfase na área administrativa (SALES; SILVA; PINTO, 2014).

Um detalhe importante refere-se ao papel do enfermeiro nas atribuições das ESF que, além de planejar e executar os programas de saúde, também dispõe da visita domiciliar a qual possibilita reconhecer as reais condições de vida dos sujeitos, contextualizando-o no meio em que vive. Acredita-se que a atuação do enfermeiro nas unidades deve se constituir principalmente na manutenção da rotina familiar e na vida em comunidade, visto que esses são fatores fundamentais para a manutenção do equilíbrio biopsicossocial (ALBERTI; ESPÍNDOLA; CARVALHO, 2015).

O enfermeiro possui o compromisso de resolver as necessidades de saúde da comunidade e, assim, evitar que os usuários retornem à unidade de saúde várias vezes pelo mesmo motivo. Entretanto, quando as necessidades de saúde destes não conseguirem resolutividade no contexto da ESF e exigirem a referência para os serviços de saúde especializados, a equipe coordenada pelo enfermeiro deverá acompanhar a trajetória percorrida pelo usuário na rede de serviços ofertados pelo SUS (NERY et al., 2011).

A rede de atenção do SUS delinea os caminhos possíveis que o usuário pode percorrer. As demandas dos usuários podem: 1) ser resolvidas na própria ESF; 2) ser reguladas ou encaminhadas, por meio da Central de Regulação, para as especialidades e 3) os próprios usuários podem buscar, por conta própria, orientações e conduções na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (SILVA; ASSIS, 2015).

O fluxo do usuário no serviço é mediado pelo enfermeiro, que é quem conduz, direciona e assume o papel de coordenador do cuidado, recebendo os usuários e permitindo ou não o acesso da população. Além disso, no processo de gerenciamento do cuidado, observa-se um direcionamento para os serviços ofertados e o encaminhamento para outros serviços de diferentes níveis de

complexidade tecnológica. Assim, o usuário pode sair da rede ou ser reconduzido para a unidade de origem (SILVA; ASSIS, 2015).

A integração deve fazer parte da rotina do enfermeiro, como papel preponderante, desde o planejamento das ações até a assistência. É importante que haja uma responsabilização pelo seguimento longitudinal da assistência e, em geral, essa função cabe a um integrante da equipe de referência, sendo o enfermeiro participante fundamental nesse sistema (AZEVEDO; SANTOS, 2013).

O enfermeiro é peça essencial na coordenação dos cuidados, tanto no momento de fragilidade no qual o paciente procura a unidade, como no cuidado domiciliar ou em outros pontos de atenção do sistema (GIOVANELLA, 2014). Ele precisa, juntamente com os outros profissionais de saúde, possuir a capacidade de encaminhamento adequado do usuário para outros níveis das redes de atenção, assim como recebê-lo de volta, o que garante a coordenação das RAS pela APS, principalmente quando proporciona a coordenação do cuidado entre todos os níveis de atenção, com vistas a buscar resolutividade do problema e continuidade da assistência (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Com isso, evita-se a simples “transferência de responsabilidades”, de serviço para serviço. A referência retém a responsabilidade principal, mas esta não é a única encarregada, visto que, uma das principais dificuldades na articulação em rede está no déficit de informação sobre os pacientes que retornam à ESF, para que seja dada continuidade ao tratamento. Muitas vezes, os profissionais que os recebem desconhecem seu histórico clínico e tratamento recebidos em outros serviços de saúde. A troca de informações entre os serviços deve ser precisa e contínua para que o cuidado não seja prejudicado e que o processo de corresponsabilização seja efetivamente concretizado (AZEVEDO; GONDIM; SILVA, 2013).

## 4 MATERIAIS E MÉTODOS

Abaixo seguem os materiais e métodos utilizados ao longo da pesquisa.

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo quantitativo, de natureza descritiva. A pesquisa quantitativa se centra na objetividade. Influenciada pelo positivismo, considera que a realidade só pode ser compreendida com base na análise de dados brutos, recolhidos com o auxílio de instrumentos padronizados e neutros. Ela recorre à linguagem matemática para descrever as causas de um fenômeno, as relações entre variáveis etc. Tem suas raízes no pensamento positivista e lógico; tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Já a natureza descritiva exige do investigador uma série de informações sobre o que deseja pesquisar. Esse tipo de estudo pretende descrever os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVINOS, 1987).

Constitui-se de um estudo transversal populacional, que consiste na determinação de todos os parâmetros de uma só vez, sem nenhum período de acompanhamento, ou seja, num ponto determinado do tempo, após uma delimitação da amostra populacional e avaliação de todas as variáveis dentro dessa amostra (REIS et al., 2002).

### 4.2 POPULAÇÃO DE ESTUDO E SUJEITOS DA PESQUISA

A população envolvida neste estudo é composta por enfermeiros(as), que estavam vinculados havia pelo menos 6 (seis) meses às ESF pertencentes aos municípios da Região de Saúde de Alfenas – MG, incluídos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (CNES, 2017). Foi utilizado como critério de

inclusão o tempo de serviço, devido à necessidade de conhecimento do entrevistado sobre o funcionamento da rede de serviços na qual estava inserido.

De acordo com a PNAB, a equipe mínima multiprofissional da ESF é composta por um médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, um enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2017).

Considerando a PNAB e o número de equipes constantes no CNES na microrregião de estudo, previu-se que a população de estudo seria de 78 enfermeiros para a realização da pesquisa. Contudo, 29 deles não puderam participar, pois duas ESF não possuíam profissional enfermeiro atuando no momento da coleta de dados, quatro ESF estavam com as enfermeiras de férias e 23 ESF possuíam enfermeiros contratados há menos de seis meses. Logo, a população de estudo foi de 49 enfermeiros.

#### 4.3 LOCAL DA PESQUISA

A Região de Saúde de Alfenas – MG pertence à macrorregião do Sul de Minas Gerais (FIGURA 2).

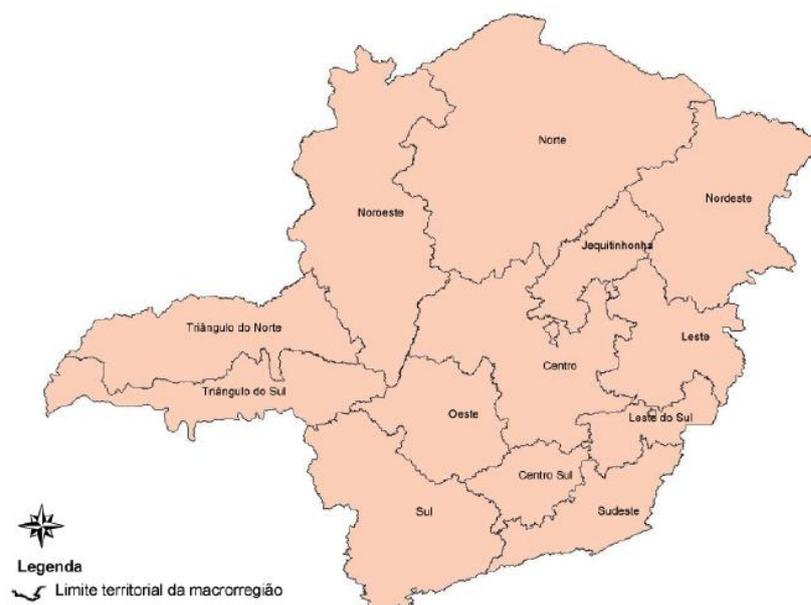


Figura 2 – Divisão assistencial por macrorregião, Minas Gerais, 2018.  
 Fonte: MINAS GERAIS (2011, p. 174).

Já a microrregião Alfenas/Machado (FIGURA 3) é composta por 17 municípios, que são: Alfenas, Alterosa, Areado, Bandeira do Sul, Botelhos, Campestre, Campo do Meio, Campos Gerais, Carmo do Rio Claro, Carvalhópolis, Conceição da Aparecida, Divisa Nova, Fama, Machado, Paraguaçu, Poço Fundo e Serrania (MINAS GERAIS, 2011).

### Microrregião Alfenas/Machado



#### Legenda

||| Limite territorial do município

Figura 3 – Microrregião Alfenas/Machado, Minas Gerais, 2018.  
Fonte: MINAS GERAIS (2011, p. 244).

A Região de Saúde Alfenas/Machado possui uma população estimada de 322.017 habitantes, com 78 ESF e cobertura populacional estimada de 76,64% (BRASIL, 2018a). No Quadro 3 é possível visualizar o IDH, a distribuição populacional e o número de ESF dos municípios que compõem a Regional de Saúde.

Quadro 3 – Distribuição populacional na Região de Saúde Alfenas/Machado, 2018.

<b>Município</b>	<b>IDH (2013)</b>	<b>População estimada (2018)</b>	<b>Nº de ESF (Fevereiro/2018)</b>	<b>Cobertura populacional estimada de ESF (%) (Fevereiro/2018)</b>
Alfenas	0,761	79.481	16	74,00%
Alterosa	0,668	14.414	05	100,00%
Areado	0,727	14.955	04	99,00%
Bandeira do Sul	0,692	5.713	01	64,00%
Botelhos	0,702	14.995	02	46,00%
Campestre	0,698	21.056	05	83,00%
Campo do Meio	0,683	11.658	05	100,00%
Campos Gerais	0,682	28.703	07	87,00%
Carmo do Rio Claro	0,733	21.180	04	67,00%
Carvalhópolis	0,724	3.560	01	100,00%
Conceição da Aparecida	0,691	10.261	04	100,00%
Divisa Nova	0,670	5.996	02	100,00%
Fama	0,717	2.379	01	100,00%
Machado	0,715	41.844	07	62,00%
Paraguaçu	0,715	21.418	05	84,00%
Poço Fundo	0,691	16.734	06	100,00%
Serrania	0,677	7.670	03	100,00%
<b>TOTAL</b>		<b>322.017</b>	<b>78</b>	<b>76,64%</b>

Fonte: BRASIL (2018a); IBGE (2018); IDHM (2013).

Dos 17 municípios da microrregião Alfenas/Machado, dois não participaram da pesquisa por não contemplarem os critérios de inclusão. O município de Bandeira do Sul, por não possuir, no ano de 2017, equipe de ESF, sendo esta implantada em dezembro do mesmo ano, conforme dados do CNES (BRASIL, 2018b); e Carvalhópolis, por apresentar somente uma equipe de ESF no município e com enfermeira trabalhando há menos de seis meses na unidade.

#### 4.4 ASPECTOS ÉTICOS

Em agosto de 2017 foi encaminhado um Termo de Anuência Institucional (APÊNDICE A) aos secretários municipais de saúde dos municípios da microrregião de Alfenas, solicitando a permissão para a realização da pesquisa nas unidades de ESF, obtendo o deferimento de todos. Após essa etapa, o projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL – MG), de acordo com exigências da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), com Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 76421317.7.0000.5142 e aprovação pelo Comitê, com parecer consubstanciado número 2.303.523 (ANEXO B).

Na abordagem dos entrevistados foram oferecidas informações referentes à pesquisa, seus objetivos e procedimentos, bem como os aspectos éticos de pesquisa. Aqueles que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

#### 4.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados aconteceu no período de novembro de 2017 a abril de 2018, feita pela própria pesquisadora. Com agendamento prévio, esta foi até o local de trabalho de cada Enfermeiro realizar a entrevista individualmente, na qual o Instrumento de Avaliação utilizado foi respondido em única oportunidade e pelo próprio participante.

Dessa forma, as entrevistas foram realizadas dentro da realidade de trabalho de cada profissional, sem interrupção prolongada das atividades diárias das unidades de ESF, visto que as entrevistas tiveram duração média de 20 minutos cada. Ao final de seis meses foram percorridos aproximadamente 2.500 quilômetros entre os municípios e as unidades de saúde.

#### 4.5.1 Instrumento de Coleta

Foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Coordenação das RAS pela APS (COPAS) (ANEXO A), adaptado e validado, no Brasil, pelo trabalho de tese de doutorado intitulada “Adaptação e validação de um instrumento para avaliar a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária à Saúde; fase I” (RODRIGUES, 2013), após encaminhamento de Carta de Autorização (APÊNDICE C) para o autor, com seu consentimento para utilização do instrumento (APÊNDICE D).

O instrumento originalmente construído por Mendes (2011) seria um *checklist* que avaliaria o grau de integração das RAS e que trouxesse a possibilidade de avaliação da capacidade da APS em coordenar as redes, estando ela na centralidade dos diversos pontos de atenção. Pensando nessa lógica, o *checklist* foi adaptado e validado para o instrumento COPAS, por ser considerado por Rodrigues (2013) um instrumento de avaliação das cinco dimensões das RAS (população, atenção primária, sistema logístico, sistema de apoio e governança), que poderá trazer um desenho da APS para se constituir uma estruturação do sistema com capacidade de coordenação daquelas dimensões (RODRIGUES et al., 2014b).

O Instrumento COPAS é composto pela parte de identificação e caracterização do entrevistado, na qual foram incluídos dois itens: possui atendimento pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e possui especialização em saúde pública ou saúde da família, buscando-se verificar se essas duas variáveis possuem influência nas respostas dos participantes. E mais, 78 questões, subdivididas em dimensões, conforme descrito no Quadro 4 (RODRIGUES, 2013).

Quadro 4 – Divisão do Instrumento COPAS

(continua)

<b>IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO</b>	
Dados de Identificação	Data, Entrevistador e Contato do Entrevistado
Caracterização da Unidade de ESF	Município e Nome da Unidade Tem atendimento pelo NASF

Quadro 4 – Divisão do Instrumento COPAS

(conclusão)

<b>IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO ENTREVISTADO</b>		
Caracterização do Participante da Pesquisa	Categoria Profissional Data de Nascimento Sexo Tempo (anos) de serviço na ESF Possui Especialização em Saúde Pública ou Saúde da Família	
<b>DIMENSÕES</b>		
População	População e área definidas. Organização social das famílias. Registro e cadastrado em subpopulações por riscos socio sanitários.	14 questões
Atenção Primária à Saúde	Vínculo entre as equipes e usuários. Centro de comunicação das RAS. Organização da APS.	19 questões
Sistemas de Apoio	Campos de apoio diagnóstico e terapêutico, assistência farmacêutica e normatizações locais.	15 questões
Sistema Logístico	Sistemas de informação em saúde, como prontuário eletrônico de registros. Sistema de regulação. Transportes.	16 questões
Sistema de Governança	Arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das RAS.	14 questões

Fonte: RODRIGUES (2013, p. 63).

As respostas de cada pergunta seguem o padrão da escala do tipo *Likert* de 1 a 5, com as seguintes opções de respostas: 1, discordo totalmente; 2, discordo; 3, não concordo nem discordo; 4, concordo; e 5, concordo totalmente. Porém, no questionário há 18 perguntas que possuem a necessidade de inversão da escala de respostas, de forma a padronizá-la, para que a resposta mais positiva seja 5 e conseqüentemente a mais negativa seja 1, onde o aumento do numeral é igual, na mesma proporção, ao aumento no positivismo do resultado da resposta (PEDROSO et al., 2012).

Para a inversão da escala de resposta das questões o valor mínimo da questão de escala invertida deve ser substituído pelo valor máximo da questão de escala normal, assim como o valor máximo da questão de escala invertida deve ser substituído pelo valor mínimo da questão de

escala normal. O único valor que não é alterado é o valor central, que tanto na escala normal, quanto na escala invertida, permanece o mesmo. (PEDROSO et al., 2012, p. 56)

Observa-se no Quadro 5 os valores assumidos após a inversão das respostas.

Quadro 5 – Conversão de escala

ESCALA	0%	25%	50%	75%	100%
Normal	01	02	03	04	05
Invertida	05	04	03	02	01

Fonte: PEDROSO et al. (2012, p. 56).

As perguntas do instrumento que necessitaram ter a inversão da escala de respostas foram B2 e B12, na dimensão população; C15, C19, C22, C27 e C31, na dimensão APS; D36, D40 e D45, na dimensão sistemas de apoio; E49, E54, E59 e E62, na dimensão sistema logístico; e F67, F71, F74 e F78, na dimensão sistema de governança.

#### 4.6 ANÁLISE DE DADOS

Foi criado um banco de dados em planilha eletrônica, na qual foram digitadas as respostas dos participantes, com dupla entrada independente, para posterior conferência. Em seguida, os itens do questionário foram somados considerando todas as respostas dos profissionais ( $\sum it$ ) (por dimensão e na totalidade), dividindo-se posteriormente pelo número de profissionais com vínculo em cada município (N) que participaram da pesquisa e multiplicado por 20, utilizando-se a seguinte fórmula adaptada de Popolin (2017):

$$Sc = \frac{\sum it}{N \times Q} \times 20$$

Em que:

Sc: é o escore obtido.

( $\sum it$ ): é a soma dos itens (das notas) atribuídos por cada indivíduo pesquisado.

N: é o número de indivíduos entrevistados por município.

q: é o número de itens que o questionário tem (pode variar se é globalidade ou atributo).

20: é uma constante que transforma o valor encontrado em %.

Na sequência, foram calculados os escores de cada dimensão avaliada, bem como o escore total do instrumento COPAS, por município, e classificadas em relação aos quartis, adotando-se os seguintes critérios de desempenho (QUADRO 6):

Quadro 6 – Escores para classificação da capacidade da Atenção Primária à Saúde para coordenar as Redes de Atenção à Saúde por globalidade e atributos

<b>Escores</b>	<b>Classificação</b>
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, p. 68).

Aplicou-se a análise descritiva com contagem de frequência das variáveis categóricas e cálculo de medida central para as variáveis contínuas (idade e tempo de serviço na ESF), sendo posteriormente categorizadas considerando a mediana.

Em seguida realizou-se uma categorização das respostas das dimensões do COPAS, padronizando-as conforme o Quadro 6, para a realização do teste de associação entre as variáveis, tempo de serviço, apoio do NASF, o tipo de especialização, o IDH do município e a cobertura populacional da ESF *versus* a avaliação do profissional.

As análises estatísticas e os gráficos foram feitos no programa R (R CORE TEAM, 2017) e considerou-se um nível de significância nominal de 5%.

Os testes utilizados para mensurar a associação entre as variáveis foram o Teste Exato de Fisher, correspondente a uma técnica não-paramétrica e aplicado para análise de dados discretos. Com essa técnica obtém-se a probabilidade da ocorrência observada calculando-se a razão do produto dos fatoriais das totalidades marginais para o produto dos fatoriais das frequências das células pelo tamanho da amostra. O valor dessa probabilidade corresponde ao valor-p do teste (SIEGEL, 2006). E o coeficiente de correlação de Spearman, uma medida de associação que

permite mensurar o grau de correlação entre duas variáveis, por não exigir pressuposições sobre os dados, como distribuição normal, por exemplo, e corresponde a um teste não-paramétrico (TRIOLA, 2005; DANCEY, 2006; SIEGEL, 2006).

A segunda análise estatística consistiu na análise de agrupamentos (análise de cluster) com o objetivo de agrupar os profissionais com perfis semelhantes ao mesmo tempo em que se identificasse a atuação desses profissionais junto à população atendida. Essa técnica estatística é utilizada para realizar agrupamento de coisas, como elementos, objetos, itens, indivíduos, padrões de respostas, entre outras coisas, de acordo com as características que foram mensuradas. Aquelas coisas que apresentam semelhanças entre si são reunidas em um mesmo grupo e as que pertencem a grupos diferentes são consideradas dissimilares (FERREIRA, 2011; MINGOTI, 2013). Para a aplicação dessa técnica são adotadas três etapas em que a primeira é como será medida a similaridade dos dados. A segunda consiste em como formar os agrupamentos. E a terceira é a definição de quantos agrupamentos devem ser formados (MAECHLER et al., 2016).

A análise de Cluster é um método que agrupa as informações de forma homogênea, baseado na presença ou não de similaridade dentro da amostra, ou seja, cria grupos nos quais as informações possuem características em comum. Um dos seus produtos é o “dendograma”, representação responsável pela visualização das semelhanças na amostra, onde não é possível mostrar por gráficos (PEREIRA, 2017).

## 5 RESULTADOS

Do total de entrevistados, observou-se que 42 eram do sexo feminino (85,71%), com a média de idade de 35,71 anos e tempo de trabalho em média de 6,12 anos na ESF. Sobre a formação, oito (16,33%) profissionais possuíam especialização em Saúde Pública; 17 (34,69%) em Saúde da Família; 10 (20,41%) em ambas e 14 (28,57%) em nenhuma das anteriores. Quando perguntados se a unidade a qual trabalhavam era atendida pelo NASF, mais da metade (55,10%) respondeu que não possuía esse tipo de atendimento.

Sobre os resultados da aplicação do instrumento COPAS, os dados estão apresentados na Tabela 1 a seguir.

Tabela 1 – Desempenho dos municípios nas dimensões de avaliação das RAS, Minas Gerais, 2018.

<b>Município</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>
Alterosa	82.86	84.21	75.33	78.75	75.00	79.49
Areado	77.86	78.95	68.00	63.44	67.14	73.97
Botelhos	75.71	67.37	71.33	60.63	70.00	68.59
Carmo do Rio Claro	68.57	70.26	58.67	56.88	59.64	63.08
Conceição da Aparecida	78.93	78.95	61.33	70.42	68.10	71.97
Divisa Nova	69.29	75.79	61.33	59.38	73.57	68.08
Fama	65.71	70.53	74.67	55.00	67.14	66.67
Machado	71.71	67.37	62.67	55.75	71.43	63.03
Serrania	71.90	74.39	65.33	57.92	64.76	67.09
Paraguaçu	75.14	80.21	81.33	72.00	71.71	76.31
Campos Gerais	85.71	79.74	77.00	66.56	76.07	76.92
Poço Fundo	87.86	92.63	87.00	74.38	86.79	85.90
Campo do Meio	74.64	76.58	75.33	72.50	72.50	74.42
Campestre	71.43	70.00	63.33	61.25	61.43	76.67
Alfenas	68.93	71.58	68.00	55.63	63.57	77.12
<b>Média</b>	75.08	75.90	70.04	64.03	69.92	72.62

Fonte: Dados do autor

Nota: B = População; C = APS; D = Sistemas de Apoio; E = Sistema Logístico; F = Sistema de Governança; G = Avaliação Global.

Em relação à avaliação global (G) da coordenação das RAS pela APS sob a ótica do Enfermeiro que atua na ESF, percebeu-se que nenhum município foi classificado na condição insatisfatória ou regular e seis apresentaram condição ótima quanto a essa avaliação.

No que diz respeito à dimensão população (B) foram avaliados quesitos como: existência de uma população definida na APS, com divisão em áreas e micro áreas; se o cadastramento é feito por famílias; se há uma classificação da população; se as demandas para especialistas e internação hospitalar são atendidas, dentre outras. Também não houve nenhum município com condição insatisfatória ou regular, tendo sete com condição ótima.

Já na dimensão APS (C) foram avaliados o vínculo com os usuários e família; a ordenação da APS nas situações de porta de entrada, encaminhamentos, interação com a atenção especializada e urgência/emergência; se a APS está organizada para prestar cuidados às mulheres e crianças, aos portadores de condições crônicas, aos adolescentes e idosos; e assim por diante. Oito municípios foram classificados como condição ótima, e não houve nenhum posicionado na condição insatisfatória ou regular.

A dimensão sistemas de apoio (D) avaliou principalmente a farmácia da APS em relação a distribuição, armazenamento e controle de medicamentos, custos e adesão do usuário ao tratamento; assim como estrutura de exames de imagem e análises clínicas. Nessa realidade, a maioria (66,7%) dos municípios foi posicionada na condição boa, nenhum município obteve condição insatisfatória ou regular e cinco com condição ótima.

Quanto à dimensão sistema logístico (E), um município se destacou, por ser o único classificado como condição ótima, visto que a avaliação era referente, principalmente, à existência de Prontuário Eletrônico (PEC) implantado na rede de atenção. Dos municípios participantes do estudo, somente este possuía o PEC implantado no momento da coleta. Contudo, nenhuma cidade foi classificada na condição insatisfatória ou regular, pois também foram avaliados outros pontos importantes, como sistemas de informação, transporte e regulação.

Na última dimensão avaliada, sistema de governança (F), na qual se observou a presença de profissionais terceirizados na APS, o comprometimento dos profissionais, a participação da equipe na gerência dos recursos financeiros e a participação do usuário na gestão da APS, somente dois municípios foram classificados como condição ótima, sendo o restante como condição boa.

Realizando a média de cada dimensão, numa visão consolidativa da microrregião, considerou-se que a dimensão APS foi a melhor avaliada, seguida da dimensão população, ambas classificadas como condição ótima. Já as dimensões

sistemas de apoio, logístico e de governança foram classificadas como condição boa. Destacou-se como menor média entre elas a dimensão sistema logístico, que se refere aos sistemas de informação em saúde, regulação e transportes. E, no geral, a média dos municípios ficou classificada como condição boa.

É notório o fato de um município se destacar em relação aos outros, apresentando sempre o maior escore em praticamente todas as dimensões avaliadas. O mesmo aconteceu na ótica inversa, em que um mesmo município esteve sempre entre os menores escores. No geral, a avaliação da coordenação das RAS pela APS, na ótica do Enfermeiro que atua na ESF, foi classificada como condição boa.

## 5.1 ANÁLISE DE ASSOCIAÇÕES

De acordo com as análises estatísticas, não apresentaram correlação significativa as associações entre as variáveis, tempo de serviço na ESF e avaliação da dimensão População ( $p = 0,635$ ), e entre a cobertura populacional da ESF e avaliação da dimensão População ( $p = 0,075$ ). Demonstrando que o desempenho nessa dimensão independe da quantidade de tempo que o Enfermeiro trabalha na ESF, assim como, com a cobertura populacional da ESF do município no qual este profissional atua.

O mesmo não acontece com a associação entre o IDH de cada município e a avaliação da dimensão População ( $p = 0,038$ ). Nesse caso existe correlação negativa, demonstrada na Figura 4, na qual a avaliação do profissional sobre a dimensão População aumenta conforme diminui o IDH do município.

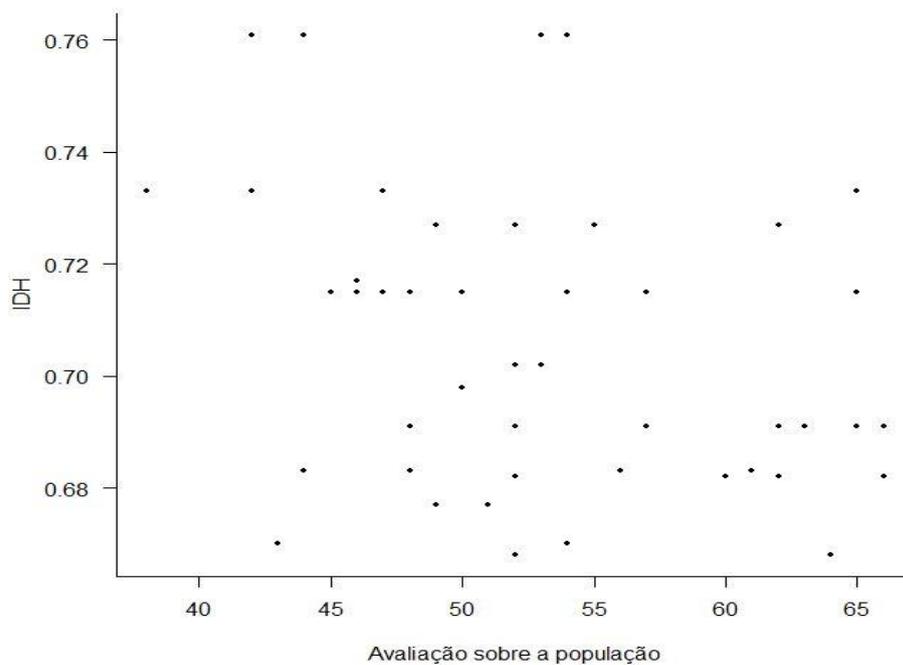


Figura 4 – Gráfico de correlação entre IDH e Avaliação da dimensão População, Minas Gerais, 2018  
Fonte: Dados do autor

A Tabela 2 mostra os dados da associação entre a avaliação da dimensão População e o atendimento pelo NASF no município, e a avaliação da dimensão População com a especialização apresentada pelo Enfermeiro. Percebeu-se que também não houve correlação entre as variáveis testadas.

Tabela 2 – Resultado da avaliação dos profissionais segundo a dimensão População em relação ao atendimento pelo NASF e tipo de especialização, Minas Gerais, 2018

	Total	Avaliação da Dimensão População				Valor-p
		0 a 25	25,01 a 50	50,01 a 75	75,01 a 100	
<b>NASF</b>	<b>49</b>					<b>0,7707</b>
Sim	22	0	8	14	0	
Não	27	0	12	15	0	
Total		0	20	29	0	
<b>Especialização</b>	<b>49</b>					<b>0,5782</b>
Saúde Pública	8	0	2	6	0	
Saúde da Família	17	0	8	9	0	
Saúde Pública e Saúde da Família	10	0	3	7	0	
Nenhuma das anteriores	14	0	7	7	0	
Total		0	20	29	0	

Fonte: Dados do autor

Outra dimensão avaliada foi a APS, na qual foram feitas as associações com as variáveis tempo de serviço na ESF ( $p = 0,220$ ) e IDH do município ( $p = 0,068$ ). Compreendeu-se também que não houve correlação nessas associações, sendo que a avaliação da dimensão independe do tempo de serviço do Enfermeiro na ESF e do IDH.

O mesmo acontece com as associações entre as variáveis avaliação da dimensão APS e o atendimento pelo NASF, e o tipo de especialização e avaliação da dimensão APS, evidenciada na Tabela 3.

Tabela 3 – Resultado da avaliação dos profissionais segundo a dimensão Atenção Primária à Saúde em relação ao atendimento pelo NASF e tipo de especialização, Minas Gerais, 2018.

	Total	Avaliação da Dimensão Atenção Primária à Saúde				Valor-p
		0 a 25	25,01 a 50	50,01 a 75	75,01 a 100	
<b>NASF</b>	<b>49</b>					<b>0,5731</b>
Sim	22	0	0	11	11	
Não	27	0	0	16	11	
Total		0	0	27	22	
<b>Especialização</b>	<b>49</b>					<b>0,7328</b>
Saúde Pública	8	0	0	6	2	
Saúde da Família	17	0	0	9	8	
Saúde Pública e Saúde da Família	10	0	0	5	5	
Nenhuma das anteriores	14	0	0	7	7	
Total		0	0	27	22	

Fonte: Dados do autor

Testando a associação da avaliação da dimensão APS com a cobertura populacional da ESF ( $p = 0,001$ ), percebeu-se a presença de correlação positiva entre as variáveis, na qual a nota atribuída pelo Enfermeiro para a APS aumenta conforme é maior a cobertura populacional da ESF (FIGURA 5).

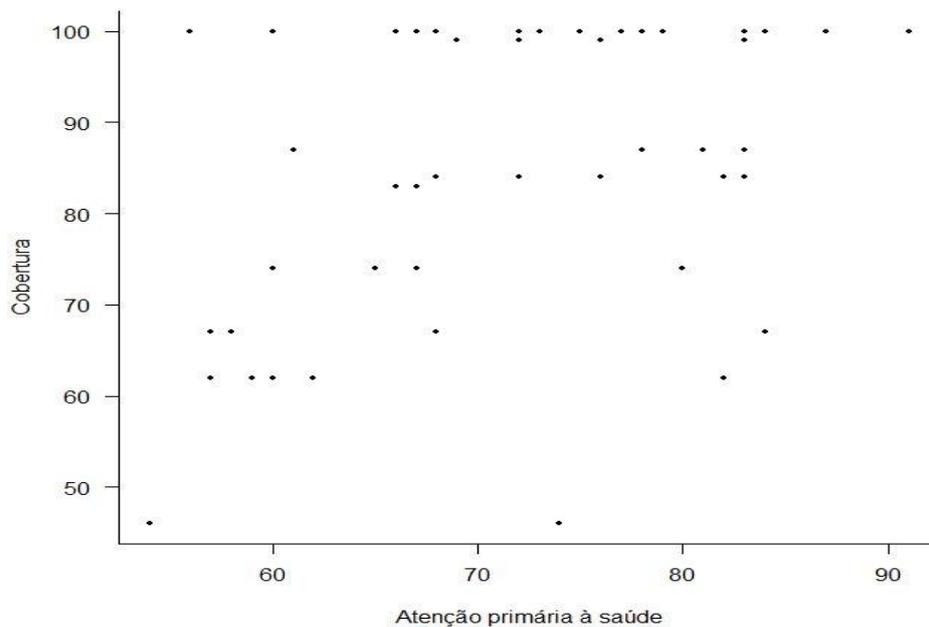


Figura 5 – Gráfico de correlação entre Cobertura Populacional estimada de ESF e Avaliação da dimensão APS, Minas Gerais, 2018

Fonte: Dados do autor

Calculando as associações, não houve correlação entre as variáveis tempo de serviço na ESF e avaliação da dimensão Sistemas de Apoio ( $p = 0,253$ ); IDH e avaliação da dimensão Sistemas de Apoio ( $p = 0,251$ ); e cobertura populacional da ESF e avaliação da dimensão Sistemas de Apoio ( $p = 0,012$ ).

Na Tabela 4 apresenta-se o resultado do teste de associação com as variáveis atendimento pelo NASF e tipo de especialização *versus* a avaliação dimensão Sistemas de Apoio. Nenhuma delas possui correlação com a avaliação da dimensão em questão.

Tabela 4 – Resultado da avaliação dos profissionais segundo a dimensão Sistemas de Apoio em relação ao atendimento pelo NASF e tipo de especialização, Minas Gerais, 2018. (continua)

	Total	Avaliação da Dimensão Sistemas de Apoio				Valor-p
		0 a 25	25,01 a 50	50,01 a 75	75,01 a 100	
<b>NASF</b>	<b>49</b>					<b>0,1492</b>
Sim	22	0	7	15	0	
Não	27	1	14	12	0	
Total		1	21	27	0	
<b>Especialização</b>	<b>49</b>					<b>0,0629</b>
Saúde Pública	8	1	3	4	0	
Saúde da Família	17	0	9	8	0	
Saúde Pública e Saúde Família	10	0	1	9	0	

Tabela 4 – Resultado da avaliação dos profissionais segundo a dimensão Sistemas de Apoio em relação ao atendimento pelo NASF e tipo de especialização, Minas Gerais, 2018. (conclusão)

	Total	Avaliação da Dimensão Sistemas de Apoio				Valor-p
		0 a 25	25,01 a 50	50,01 a 75	75,01 a 100	
<b>Especialização</b>	<b>49</b>					<b>0, 0629</b>
Nenhuma das anteriores	14	0	8	6	0	
Total		1	21	27	0	

Fonte: Dados do autor

Quanto à associação da variável tempo de serviço na ESF e a avaliação da dimensão Sistema Logístico ( $p = 0, 207$ ), não houve correlação. Bem como não houve correlação entre atendimento pelo NASF e avaliação do Sistema Logístico, e tipo de especialização *versus* avaliação do Sistema Logístico (TABELA 5).

Tabela 5 – Resultado da avaliação dos profissionais segundo a dimensão Sistemas de Apoio em relação ao atendimento pelo NASF e tipo de especialização, Minas Gerais, 2018.

	Total	Avaliação da Dimensão Sistema Logístico				Valor-p
		0 a 25	25,01 a 50	50,01 a 75	75,01 a 100	
<b>NASF</b>	<b>49</b>					<b>0, 5675</b>
Sim	22	0	9	13	0	
Não	27	0	14	13	0	
Total		0	23	26	0	
<b>Especialização</b>	<b>49</b>					<b>0, 6196</b>
Saúde Pública	8	0	5	3	0	
Saúde da Família	17	0	9	8	0	
Saúde Pública e Saúde da Família	10	0	4	6	0	
Nenhuma das anteriores	14	0	5	9	0	
Total		0	23	26	0	

Fonte: Dados do autor

Já na associação da avaliação da dimensão Sistema Logístico com o IDH de cada município ( $p = 0, 014$ ) houve presença de correlação negativa, demonstrada na Figura 6, na qual, conforme o IDH diminui, o escore da avaliação da dimensão aumenta.

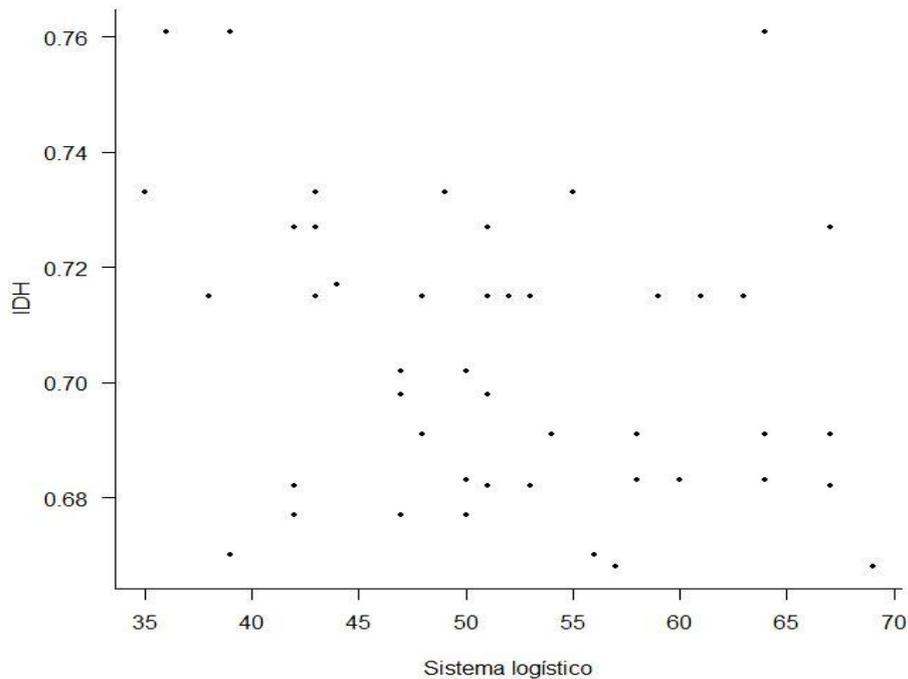


Figura 6 – Gráfico de correlação entre IDH e Avaliação da dimensão Sistema Logístico, Minas Gerais, 2018

Fonte: Dados do autor

Diferente do que acontece na associação da variável cobertura populacional da ESF testada com a mesma dimensão, Sistema Logístico ( $p = 0,006$ ), na qual ocorre correlação positiva, conforme a cobertura aumenta, da mesma forma se comporta a dimensão avaliada (FIGURA 7).

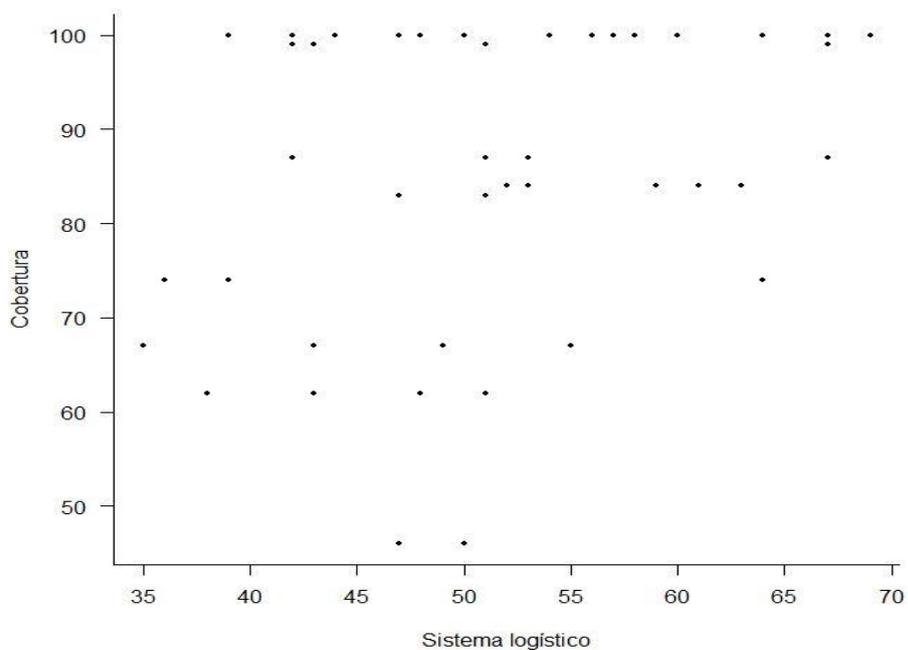


Figura 7 – Gráfico de correlação entre Cobertura Populacional estimada de ESF e Avaliação da dimensão Sistema Logístico, Minas Gerais, 2018.

Fonte: Dados do autor

As últimas associações entre as variáveis tempo de serviço na ESF ( $p = 0,426$ ), atendimento pelo NASF e tipo de especialização postas à prova com a avaliação da dimensão Sistema de Governança mostraram que não houve correlação entre elas (TABELA 6).

Tabela 6 – Resultado da avaliação dos profissionais segundo a dimensão Sistemas de Apoio em relação ao atendimento pelo NASF e tipo de especialização, Minas Gerais, 2018.

	Total	Avaliação da Dimensão Sistema Logístico				Valor-p
		0 a 25	25,01 a 50	50,01 a 75	75,01 a 100	
<b>NASF</b>	<b>49</b>					<b>0,1584</b>
Sim	22	0	10	12	0	
Não	27	0	18	9	0	
Total		0	28	21	0	
<b>Especialização</b>	<b>49</b>					<b>0,9560</b>
Saúde Pública	0	0	5	3	0	
Saúde da Família	28	0	10	7	0	
Saúde Pública e Saúde da Família	21	0	5	5	0	
Nenhuma das anteriores	0	0	8	6	0	
Total		0	28	21	0	

Fonte: Dados do autor

A variável IDH associada à avaliação da dimensão Sistema de Governança ( $p = 0,025$ ) apresentou correlação negativa, sendo, quanto menor o IDH, maior a avaliação da dimensão (FIGURA 8).

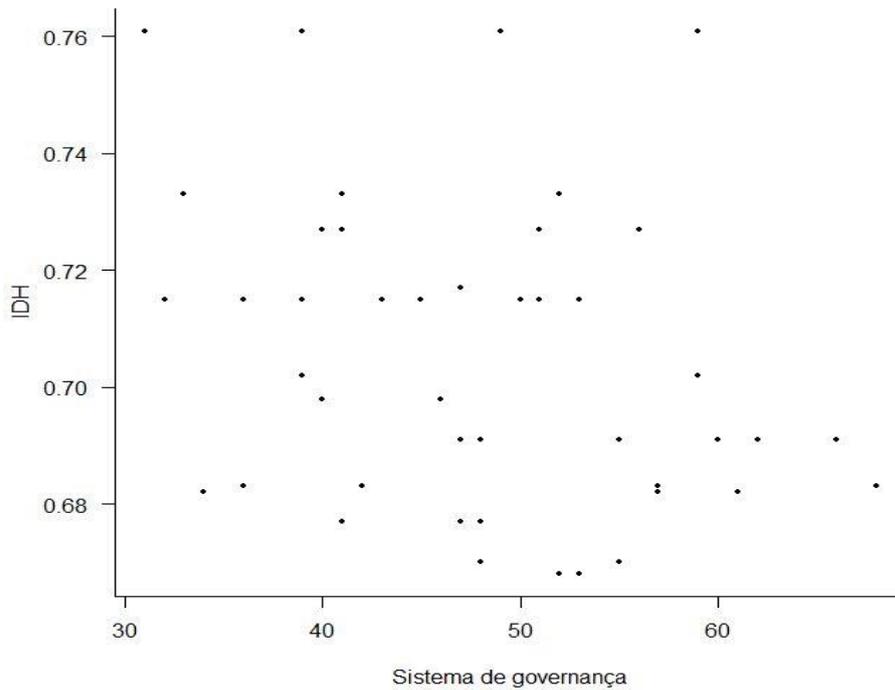


Figura 8 – Gráfico de correlação entre IDH e Avaliação da dimensão Sistema de Governança, Minas Gerais, 2018.

Fonte: Dados do autor

A correlação também apareceu na associação entre a avaliação da dimensão em questão e a variável cobertura populacional estimada de ESF ( $p = 0,014$ ), na qual a avaliação aumenta conforme a cobertura também aumenta (FIGURA 9).

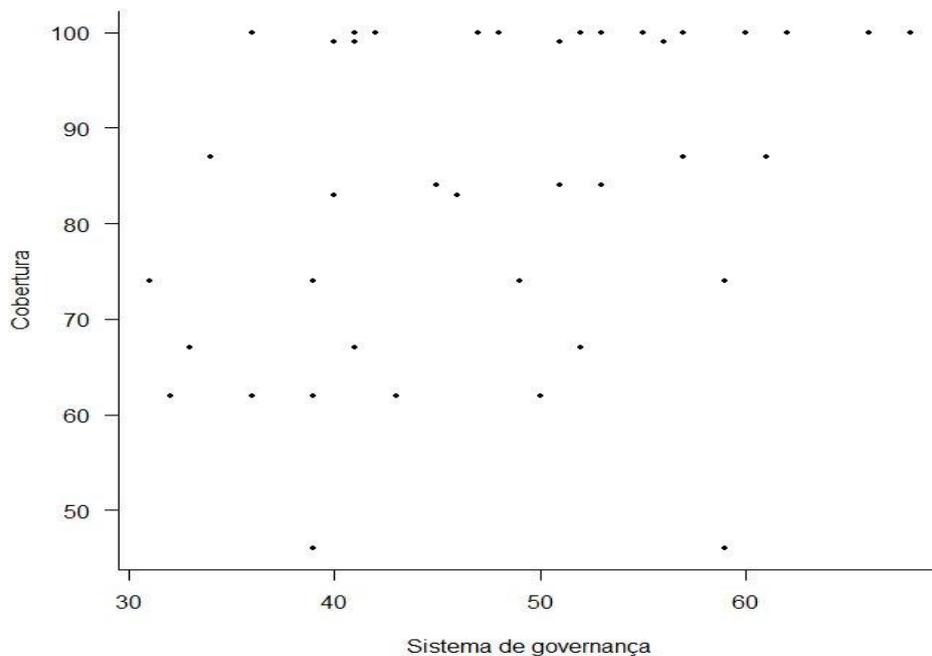


Figura 9 – Gráfico de correlação entre Cobertura Populacional estimada de ESF e Avaliação da Dimensão Sistema de Governança, Minas Gerais, 2018.

Fonte: Dados do autor

## 5.2 ANÁLISE DE AGRUPAMENTO (CLUSTER)

A análise de Cluster foi realizada para agrupar os profissionais com perfis semelhantes em cada dimensão avaliada no COPAS e na sua globalidade. Utilizou-se para tal os dendrogramas. Nessa técnica de análise, inicialmente todos os participantes são considerados diferentes. Passa-se pela primeira observação, quando a estatística identifica que um indivíduo possui mesma característica que outro, ele é dito similar. Quando um indivíduo está no mesmo grupo que outro quer dizer que o padrão de resposta de um indivíduo ou de um grupo de indivíduo é semelhante.

Na construção dos dendrogramas os profissionais foram nomeados com a letra M, seguida do número ordinal respectivo de cada município avaliado e a letra correspondente à ordem alfabética, por exemplo, primeiro profissional do primeiro município – M1a.

A Figura 10 mostra o dendrograma de respostas dos enfermeiros em relação à dimensão População.

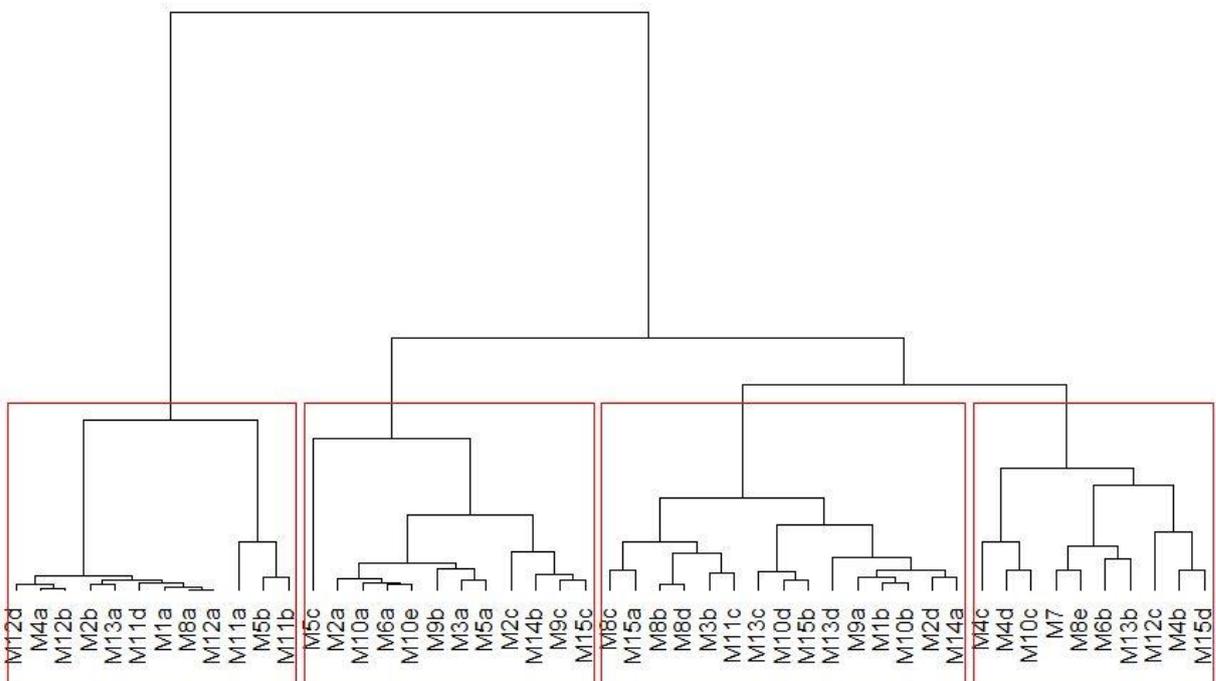


Figura 10 – Dendrograma obtido da análise de agrupamento das respostas do COPAS na dimensão População, Minas Gerais, 2018.

Fonte: Dados do autor

Apresentaram-se quatro grupos, nos quais as características dos dados têm similaridade e mostram uma avaliação homogênea. Como exemplo, a semelhança na avaliação pode ser visualizada na Figura 11. É possível perceber que os indivíduos M8a e M12a possuem o mesmo padrão de respostas na avaliação da dimensão População, o que os torna semelhantes e os coloca no mesmo grupo. As respostas não são necessariamente iguais, elas possuem o mesmo valor final quanto à escala *Likert*. O M15d está em outro grupo, pois o padrão de resposta é diferente dos indivíduos M8a e/ou M12a.

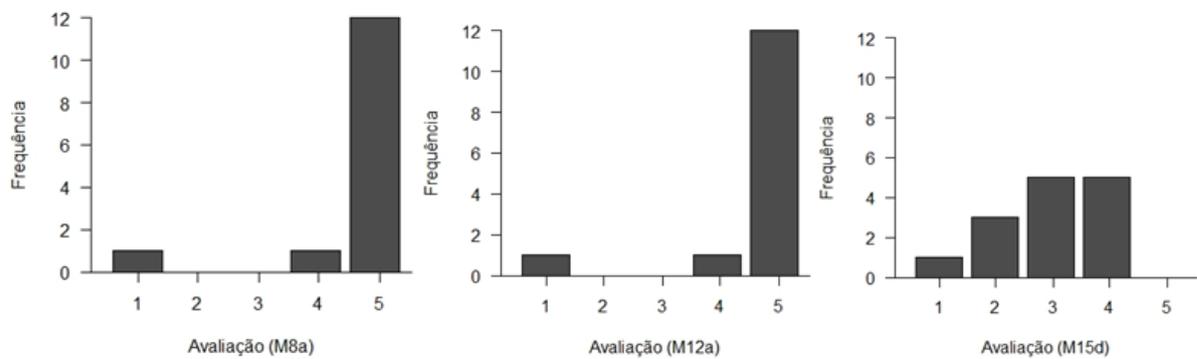


Figura 11 – Gráfico de semelhanças entre os indivíduos de acordo com o padrão de respostas, Minas Gerais, 2018.

Fonte: Dados do autor

Os municípios nos quais os profissionais apresentaram mais similaridade de respostas entre si foram M4, M5, M8, M9, M11, M12 e M13. Com isso, a Figura 10 mostrou que a maioria dos enfermeiros não está disposta nos grupos do dendograma da dimensão População de acordo com o seu município de atuação, o que traz a inferência de que as características profissionais de cada um, ao desenvolver seu trabalho, influenciam mais nas respostas do que a organização local da APS.

Já a Figura 12 mostra o dendograma de respostas dos Enfermeiros em relação à dimensão APS.

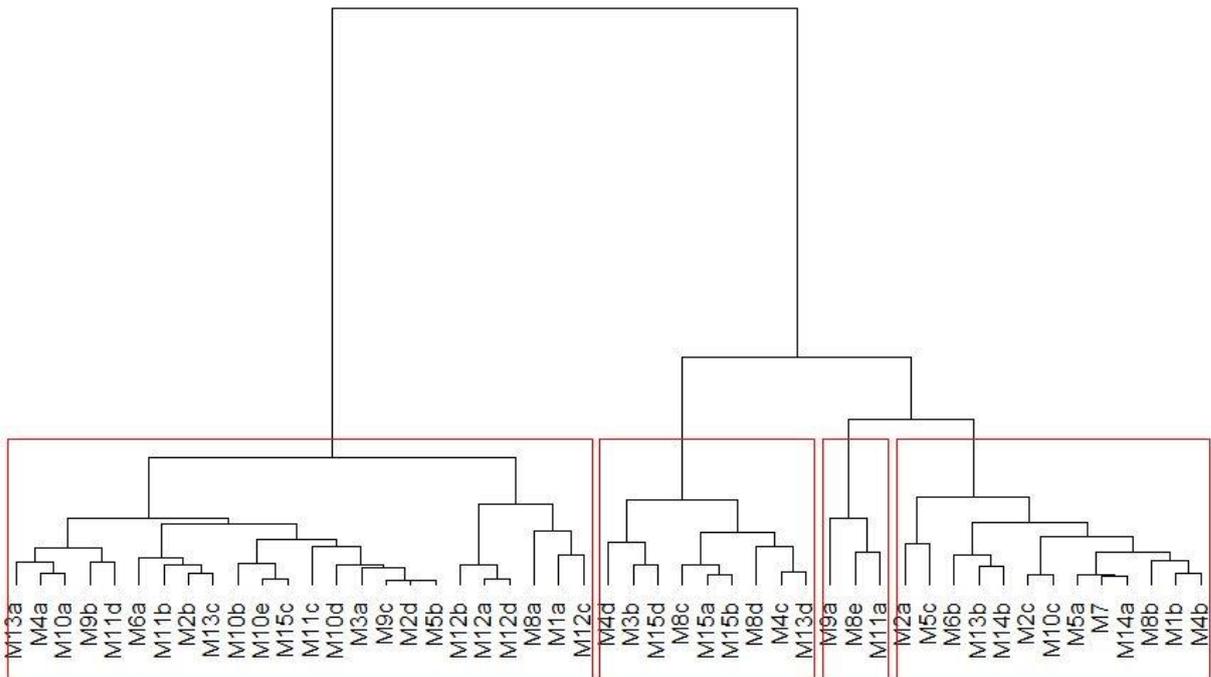


Figura 12 – Dendrograma obtido da análise de agrupamento das respostas do COPAS na dimensão APS, Minas Gerais, 2018.

Fonte: Dados do autor

Resultaram quatro grupos de tamanhos diferentes. Os municípios nos quais os profissionais apresentaram mais similaridade de respostas entre si foram M5, M9, M10, M11, M12, M14 e M15.

Na avaliação da dimensão APS, na qual as perguntas do COPAS se direcionam ao processo de trabalho da equipe, a maioria dos enfermeiros não está disposta nos grupos do dendrograma de acordo com o seu município de atuação. O resultado sugere que, dentro do mesmo município, as equipes atuam de formas diferentes.

Em relação às respostas dos enfermeiros à dimensão Sistemas de Apoio, apresenta-se o dendrograma na Figura 13:

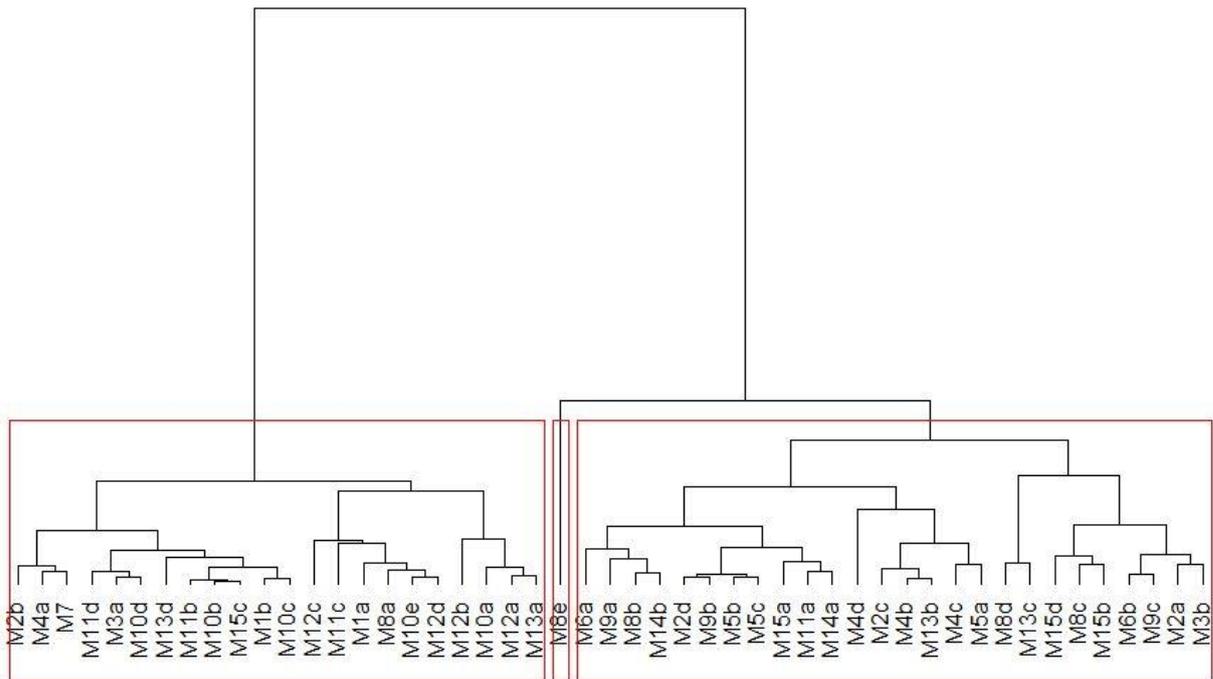


Figura 13 – Dendrograma obtido da análise de agrupamento das respostas do COPAS na dimensão Sistemas de Apoio, Minas Gerais, 2018.

Fonte: Dados do autor

Resultaram três grupos, dos quais dois deles possuem tamanhos parecidos. O primeiro grupo com os municípios M1, M7, M10 e M12; o último grupo com os municípios M5, M6, M9 e M 14 e os municípios M2, M3, M4, M8, M11, M13 e M15, que ficaram divididos entre os grupos.

Percebeu-se na dimensão Sistemas de Apoio que a maioria dos enfermeiros dos municípios dividiu-se nos dois grupos maiores, de acordo com o seu padrão de resposta. Com isso, infere-se que os participantes apresentaram semelhanças no que se refere ao apoio da farmácia e dos exames complementares à assistência na Atenção Básica, ou seja, possuem as mesmas perspectivas em relação a esse sistema.

A Figura 14 representa o dendrograma de respostas dos enfermeiros em relação à dimensão Sistema Logístico.

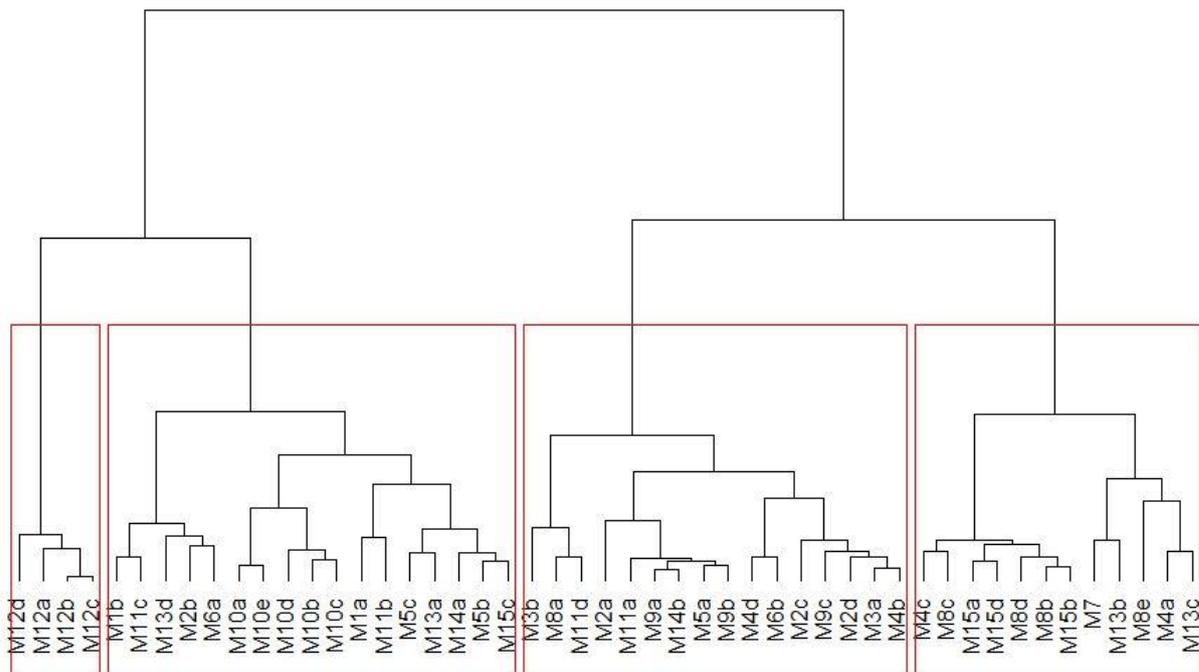


Figura 14 – Dendrograma obtido da análise de agrupamento das respostas do COPAS na dimensão Sistema Logístico, Minas Gerais, 2018.

Fonte: Dados do autor.

Resultaram quatro grupos de tamanhos diferentes. Os municípios nos quais os profissionais apresentaram mais similaridade de respostas entre si foram M1, M2, M3, M5, M8, M9, M10, M12 e M15.

Também nessa dimensão, os enfermeiros não estão necessariamente no mesmo grupo de seu município de atuação, mas possuem semelhanças em relação ao padrão de respostas ao questionário. Na dimensão Sistema Logístico, foi abordado o prontuário eletrônico, condicionando as respostas dos participantes a grupos com características semelhantes entre si e divergentes dos demais, isso se justifica por conta de a maioria deles não possuir o sistema implantado.

O próximo dendrograma (FIGURA 15) representa as respostas dos enfermeiros em relação à dimensão Sistema de Governança.

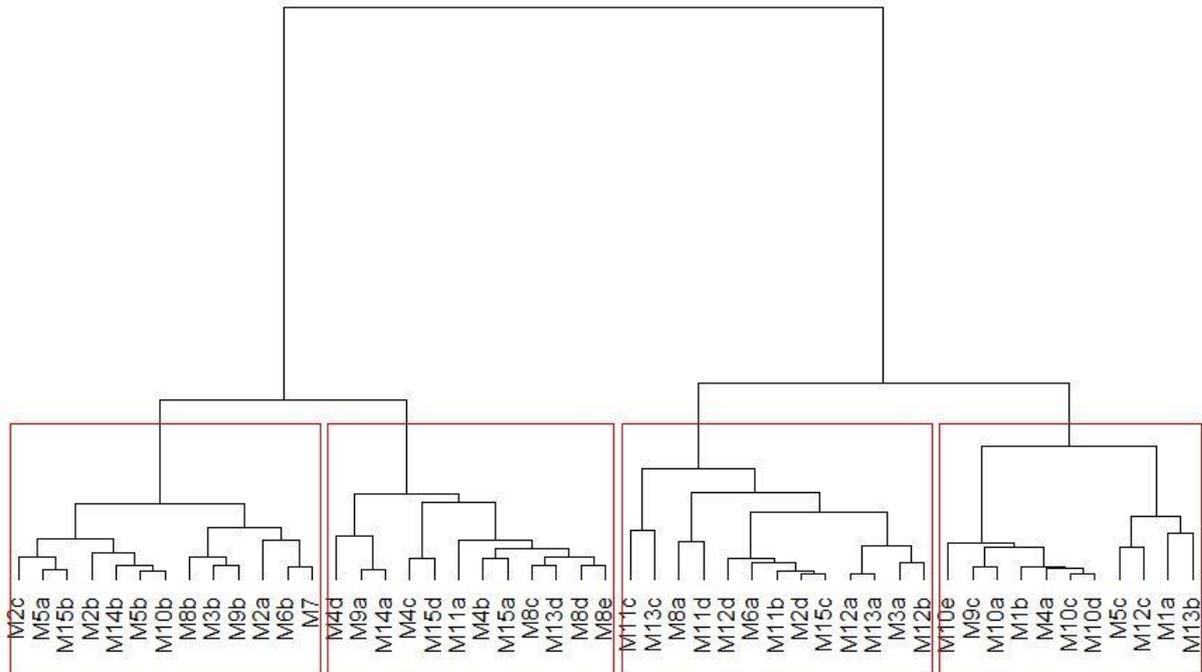


Figura 15 – Dendrograma obtido da análise de agrupamento das respostas do COPAS na dimensão Sistema de Governança, Minas Gerais, 2018.

Fonte: Dados do autor

Resultaram quatro grupos de tamanhos semelhantes. Os municípios nos quais os profissionais apresentaram mais similaridade de respostas entre si foram M1, M2, M4, M5, M8, M10, M11 e M12.

Constatou-se a presença de quatro grupos bastante homogêneos entre si, ou seja, mesmo os enfermeiros não estando dentro do grupo que representa seu município de atuação, eles demonstraram um comportamento parecido, em relação às respostas da dimensão que avaliou recursos financeiros, gerência, padrão de qualidade dos serviços prestados na APS e organização da APS.

Por fim, o último dendrograma (FIGURA 16) retrata as respostas dos enfermeiros em relação à globalidade da avaliação do COPAS.

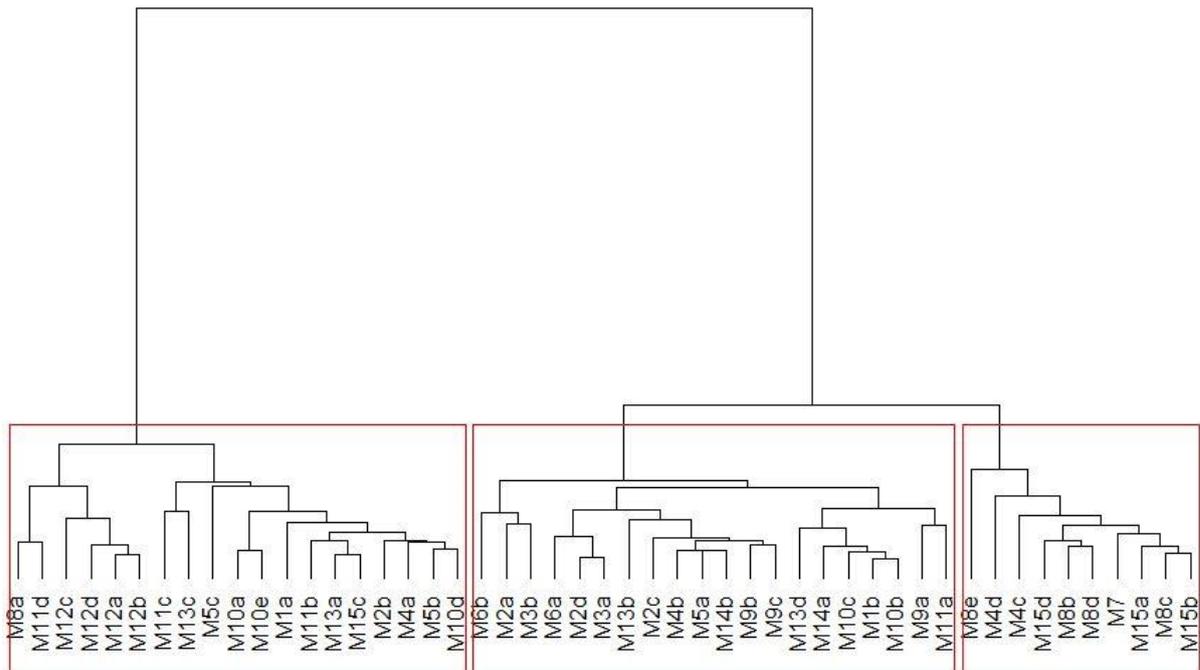


Figura 16 – Dendrograma obtido da análise de agrupamento das respostas do COPAS na sua globalidade, Minas Gerais, 2018.

Fonte: Dados do autor

Resultaram três grupos de tamanhos distintos. Os municípios nos quais os profissionais apresentaram mais similaridade de respostas entre si foram M2, M3, M5, M6, M8, M9, M10, M11, M12, M14 e M15.

Na avaliação do COPAS na globalidade, as respostas dos enfermeiros também se apresentaram de maneira semelhante em grupos de municípios diferentes dos de atuação, mas sem que isso pudesse interferir no resultado final da avaliação. Os dendogramas mostraram que a avaliação dos enfermeiros sobre as dimensões da APS apresenta maiores semelhanças entre os profissionais do que entre os municípios onde atuam. Essa característica de resultados ficou mais evidente nas dimensões que refletem o trabalho da gestão municipal, para além dos limites da autonomia das equipes da ESF, como sistemas de apoio, sistema logístico e governança. Diante desse dado, infere-se que a estrutura que os municípios possuem no nível da APS e que os ligam às RAS são vistas e acessadas de forma diferente pelos enfermeiros.

## 6 DISCUSSÃO

No que diz respeito ao perfil dos enfermeiros entrevistados, houve uma predominância do sexo feminino, o que pode ser visto em outros estudos (CORRÊA et al., 2012; FARIA; ACIOLI; GALLASCH, 2016; SOUZA et al., 2015) que apresentaram a mesma característica. A média de idade dos enfermeiros foi de 35 anos, revelando uma população jovem, semelhante ao estudo realizado em Cuiabá – MT, no qual os enfermeiros também eram jovens, na faixa etária entre 26 e 30 anos (CORRÊA et al., 2012).

Os profissionais apresentaram qualificação profissional importante, demonstrada pela experiência profissional, evidenciada pelo tempo de serviço trabalhado na ESF; e a presença de especialização na área de atuação, visto que a pós-graduação voltada para a Saúde da Família ou Saúde Pública foi realizada pela maioria deles. O que pode ser explicado pela motivação de se especializar em Saúde da Família é a necessidade de aprimoramento e crescimento profissional na área de escolha (FARIA; ACIOLI; GALLASCH, 2016).

Com isso a região de estudo se caracteriza como de grande relevância no âmbito da ESF, já que seus enfermeiros apresentaram capacidade técnica para atuar na Atenção Básica, com profissionais qualificados e preparados para o processo de trabalho dentro das RAS. Pelo PDR, a região de saúde tem Alfenas como município pólo, tornando-o responsável pela oferta e participação nas políticas de incentivos financeiros, garantindo a regionalização e, portanto, a viabilidade da organização dos serviços em rede (MINAS GERAIS, 2011).

Quanto ao índice de desenvolvimento da microrregião de saúde, percebeu-se que, dos municípios avaliados, somente Alfenas possui um IDH acima do IDH nacional (0,755) (PNUD, 2015) e, mesmo assim, todos os municípios fazem parte da faixa de valores de médio desenvolvimento. A região ou o país apresenta alto desenvolvimento humano se o IDH for  $\geq 0,8$ ; médio, de 0,79 a 0,5; e baixo, se for  $\leq 0,49$  (DAWALIBI et al., 2014). O IDH é uma medida resumida do progresso a longo prazo e dividida em três dimensões básicas do desenvolvimento humano: renda, educação e saúde; e também parte do pressuposto de que aferir o avanço da qualidade de vida de uma população vai muito mais além do econômico, assim como do social, cultural e político (PNUD, 2018).

Também foi possível apreender a cobertura populacional estimada de ESF da região, que no total apresentou 76,64%. Comparada com a cobertura nacional (64,92%) (BRASIL, 2018a), a região possui maior número de pessoas atendidas pela ESF, possibilitando assim maior universalidade das suas ações com a população definida. Isso implica que a maior parte da população da região de saúde estudada tem acesso à ESF.

Quanto ao apoio do NASF, a maioria dos municípios da região não contava com essa equipe. Isso resulta na dificuldade de colaboração e resolução das ações da ESF, pela carência de um núcleo de suporte para atividades que necessitem de outros profissionais para acompanhamento da saúde da população, tão importante no apoio matricial, e no encaminhamento dos usuários para outros níveis de atenção.

Contribuindo com esse achado, no que tange ao apoio matricial, em Caicó – RN também há a deficiência nesse processo, como exemplo tem-se o cuidado em saúde mental, que é realizado de forma fragmentada, com dificuldade de comunicação e sem reconhecimento (AZEVEDO; GONDIM; SIVA, 2012). Na região de saúde do Norte-Barretos, o apoio do NASF é igualmente pouco frequente, principalmente nos pacientes hipertensos e nos problemas relacionados às doenças crônicas (BOUSQUAT et al., 2017).

Evidencia-se, assim, a dificuldade das equipes do NASF em promoverem assistência integral ao usuário e atingir os objetivos de integração harmônica entre a ESF e o NASF. Com isso, contribuir para a consolidação da ESF e concretização da diretriz da integralidade, a partir de um apoio matricial efetivo (SILVA et al., 2017).

Na região de saúde onde se realizou o estudo, os enfermeiros participantes avaliaram a dimensão População como condição ótima. Quando o enfermeiro da ESF conhece seu território e sua população, ele compreende as reais necessidades da sua área, identifica os problemas de saúde e tem subsídios para enfrentar os fatores que podem trazer riscos para a região atendida (ALMEIDA et al., 2015).

Os indivíduos são cadastrados dentro da APS por núcleos familiares, assim como o previsto pela PNAB (BRASIL, 2017). Através da família faz-se o monitoramento dos indivíduos, permitindo uma concepção aprofundada do processo saúde/doença e tornando a ESF um importante recurso para a observação do real papel das RAS na APS (ALMEIDA et al., 2015).

Nos testes estatísticos, a avaliação dos enfermeiros na dimensão População aumentou conforme o IDH diminuiu. Esse resultado permite inferir que a equidade do SUS materializado no trabalho do Enfermeiro do nível da APS. A região de estudo, que é formada de pequenos municípios e que tem alta cobertura de ESF, também é marcada por um desenvolvimento incipiente e pela desigualdade social. Conseqüentemente vive nesse cenário uma população que em sua grande parte depende exclusivamente dos serviços públicos de saúde. E, nesse contexto, uma avaliação positiva joga luz sobre a efetivação e efetividade das políticas de saúde vigentes.

Corroborando com esse resultado o estudo que apresenta a cobertura da ESF, estimada pela Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), a qual tem como um de seus indicadores o nível de desenvolvimento. Quanto menos escolaridade e renda da população, maior o número de domicílios cadastrados na ESF. Apontando-se a importância da ESF em reduzir a vulnerabilidade, na medida em que garante o acesso às populações de risco, pobres e vulneráveis, promovendo assim a equidade no país (MALTA et al., 2016).

Molin et al. (2015) afirmam que a ESF contribui para melhorias nos indicadores de saúde. Ela deve ser implementada em áreas de concentração de pobreza, onde a população sofre mais com a dificuldade de acesso e a ocorrência de doenças. E, para que haja o combate às iniquidades em saúde, os mecanismos de estratificação social estão entre os meios mais importantes para diminuição dessas desigualdades, incluindo as políticas que reduzem as diferenças nas condições sociais.

Nesse contexto o enfermeiro, com práticas compartilhadas aos demais profissionais da ESF, garantem atenção à saúde de forma integral e atuam nas ações programáticas coletivas e de vigilância à saúde, na perspectiva da clínica ampliada. A ESF se apresenta como ferramenta para que os processos de trabalho em saúde se destinem à produção do cuidado, a fim de abordar, além da doença, o sujeito em seu contexto coletivo e social (BARBIANI; DALLA; SCHAEFER, 2016).

A avaliação ótima foi mantida pelos enfermeiros para a dimensão APS. Foi possível entender o funcionamento de alguns dos processos constituintes das RAS e o papel do enfermeiro nesses processos, em especial, na condução do cuidado, no vínculo com a população, nos encaminhamentos aos outros níveis de atenção e na comunicação entre referência e contrarreferência. A ESF representa o indivíduo,

sua família e a comunidade no nível da APS, que através de suas ações promove o cuidado de sua população.

O enfermeiro possui uma posição de centralidade na equipe multidisciplinar da ESF, na responsabilização dos cuidados à população adscrita e, conseqüentemente, no conhecimento do funcionamento dos processos de trabalho do nível assistencial da APS. Tal atuação favorece o acesso e a criação do vínculo entre a equipe e os usuários. Com isso é criado o vínculo entre a equipe e os usuários. Percepções semelhantes tiveram os autores de um estudo na Bahia, no qual o usuário atribuiu ao Enfermeiro e ao ACS a satisfação com o trabalho da equipe em relação aos cuidados que são feitos por esses profissionais, com respeito e vínculo familiar (NERY et al., 2011).

Silva e Assis (2015) ratificam a atuação do Enfermeiro, como principal sujeito na participação dos processos de cuidar. É ele que assume o papel decisivo de identificação das necessidades de cuidados, promoção e proteção da saúde da sua população, em diferentes dimensões nas RAS. Através da primeira escuta, proporciona vínculo e melhora a comunicação com o usuário, intervém no contato e organiza o acesso a outros níveis de atenção.

Destaca-se a avaliação da comunicação na dimensão APS. É imprescindível que haja comunicação adequada entre os níveis de atenção para que possam ser realizados encaminhamentos e os usuários possam retornar à ESF com as informações clínicas necessárias para a continuidade do cuidado.

Muitas vezes o usuário procura o serviço e sua necessidade é traduzida em um encaminhamento a outro serviço, sem a participação dele (SCHIMITH et al., 2014). Como consequência desse desarranjo nos encaminhamentos, nascem as filas de espera para a atenção especializada. Nesse sentido, a falta de planejamento e a insuficiência na oferta de consultas e exames especializados revelam a necessidade de estabelecer estratégias que possam garantir encaminhamentos oportunos. E ainda problemas como baixa comunicação interprofissional, ausência de contrarreferência e tecnologias de informação, que comprometem a garantia da integralidade do cuidado (ALELUIA et al., 2017).

A ausência de fluxo de encaminhamentos da APS para os demais níveis de atenção torna frágil a organização das redes. Ou as decisões nos encaminhamentos acabam se tornando unilaterais, nas quais o usuário ou o profissional de saúde decide o que precisa ser realizado, ou seja, um dos lados toma a decisão que lhe

parece mais conveniente (SCHIMITH et al., 2014). Em municípios de pequeno porte, por exemplo, a APS tem seu papel de instância regulatória e se torna responsável pelo agendamento na atenção especializada, porém com ausência de critérios de regulação e sem fluxos formais para referenciar os usuários da APS, principalmente para os serviços de urgência (VIEIRA; GAZZINELLI, 2017).

Os instrumentos de encaminhamentos acabam se tornando guias documentais conservadores e burocráticos, insuficientes para organização das redes, continuidade do cuidado e das informações. Isso é bastante evidente na coordenação do cuidado entre a APS e pontos de urgência e emergência, em que são praticamente inexistentes os instrumentos de comunicação (BOUSQUAT et al., 2017).

É importante ressaltar que a boa avaliação da dimensão APS traz consigo a sua confirmação como porta preferencial de acesso à rede de serviços de saúde. O enfermeiro reconhece que é através da APS que se inicia o acesso aos outros níveis de atenção. Reforça o princípio de regionalização no SUS, em que o centro coordenador está na APS, representada na figura da ESF e confirmada em outros estudos (ALBERTI; ESPINDOLA; CARVALHO, 2014; NERY et al., 2011). O mesmo acontece em países europeus, que possuem sistemas universais, assim como no Brasil, e reconhecem a APS como porta de entrada para os serviços de saúde (SANTOS; GIOVANELLA, 2016).

Houve correlação positiva entre a avaliação da dimensão APS e a cobertura populacional estimada da ESF, na qual a avaliação aumentava conforme a cobertura também aumentava. Compreende-se que, quando o Enfermeiro está atuando num sistema municipal de saúde que adotou a ESF como prioridade na organização dos serviços de atenção básica, a percepção do profissional se torna mais positiva sobre o seu papel de centralidade na RAS. Contribui para isso o fato da ampliação nacional da cobertura de ESF nos últimos anos, oferecendo mais atendimento a um número maior de habitantes (FARIA; ACIOLI; GALLASCH, 2016).

O aumento da cobertura e da abrangência da saúde da família é um importante promotor de equidade e o SUS tem cumprido a sua missão, efetivando a ESF como ordenadora do cuidado em saúde (MALTA et al., 2016). A ampliação expressiva da cobertura da ESF e o fato de os municípios poderem contar com as ESF completas, proporcionaram importante impacto nos indicadores de saúde, tanto dos que sinalizam aumento da oferta de serviços quanto dos que se referem aos

resultados em saúde; e demandou progressiva estruturação e qualificação da rede de apoio diagnóstico e terapêutico (PINTO et al., 2014).

Sistemas de Apoio foi a terceira dimensão avaliada, que teve na sua maioria a classificação como boa. Embora o resultado tenha sido positivo nessa dimensão, depreende-se uma avaliação insatisfatória, principalmente pontuada nos itens do questionário COPAS que se referem à farmácia da APS. Esse resultado está condicionado à inexistência da referida estrutura em muitas unidades, à reduzida disponibilidade de medicamentos naquelas existentes e à desintegração do profissional farmacêutico com o trabalho da equipe da ESF. Em muitas das unidades que possuíam farmácias, o Enfermeiro não tinha conhecimento dos processos que nelas eram realizados, como formulários utilizados, controle de distribuição de medicamentos, material educativo para a população, dentre outros. Pereira, Luiza e Cruz (2015) afirmam a importância da presença do farmacêutico na tomada de decisões terapêuticas na APS, para aprimorar o processo de cuidado, juntamente com a equipe, evitando danos à saúde da população.

Cunha e Souza (2017) confirmam que a organização dos serviços de saúde ainda é apresentada de forma departamentalizada e fragmentada, porém, com tentativas do Ministério da Saúde em instituir a intersetorialidade como a articulação entre os diversos setores em busca da resolução de problemas de saúde.

Santos et al. (2015) argumentam em estudo realizado em Recife – PE que no que se refere à disponibilidade e regularidade de distribuição das medicações, principalmente no controle da *Diabetes Mellitus*, observou-se que a quantidade de medicamentos recebidos pelos serviços de saúde não corresponde à necessidade de todos os usuários, demonstrando a necessidade de uma observação mais criteriosa acerca da assistência farmacêutica que vem sendo realizada no Brasil.

Quanto aos exames de análises clínicas, as respostas basearam-se no fato de que a coleta era feita nas unidades da ESF por equipes dos próprios laboratórios, melhorando a acessibilidade do usuário a essa importante parte da integralidade da atenção na APS, o que facilita a ele o acesso aos resultados e conseqüentemente aos seus diagnósticos. Diferente do que acontece na região de saúde do Vale do Jequitinhonha, na qual a coleta de amostras para os exames laboratoriais rotineiramente solicitados não é realizada nos próprios serviços de APS (VIEIRA; GAZZINELLI, 2017). A avaliação insatisfatória também se estendeu aos exames de imagem. Estes são agendados para outras localidades, e existe uma demora maior

na marcação e execução do exame. Esse achado está condicionado pelo porte pequeno dos municípios que, pelo contexto da regionalização, utiliza os serviços de diagnóstico por imagem das cidades pólo da microrregião. Ao mesmo tempo em que há esse fluxo definido, a comunicação entre os pontos da rede não é efetiva, pelas dificuldades já elencadas.

Os Sistemas de Apoio são parte integrante da estrutura operacional das RAS e corresponde a um dos “nós” que compõem as redes, que tem como centro comunicador a APS, no qual se coordenam os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde (MENDES, 2010). Com isso, essa dimensão precisa estar agregada aos outros sistemas das RAS, para que a APS cumpra os desafios existentes, principalmente na fragilidade de se implantar uma rede integrada entre os níveis de atenção, sustentando assim os fluxos de comunicação e os processos para a produção social em saúde (RODRIGUES et al., 2014a).

Nos testes de associações, a dimensão Sistemas de Apoio foi a única que não apresentou correlação com nenhuma variável. Ou seja, revelou-se uma integração homogênea, apesar de baixa, desses sistemas na APS.

Quanto à avaliação da dimensão Sistema Logístico, os resultados foram bem evidentes em relação à ausência de sistemas de informação na APS, principalmente o prontuário eletrônico. No momento da coleta de dados, somente um município possuía implantado o prontuário e foi justamente esse o único a ser classificado como condição ótima, estando todos os outros na condição boa. É inegável a importância de um sistema de informação que integre os serviços da RAS aos serviços da APS, promovendo assim um acompanhamento dos usuários em cada ponto de atenção. O Enfermeiro, bem como os demais profissionais da equipe, só conseguirá coordenar o cuidado de sua população se tiver todas as informações necessárias.

Outro estudo que também indica a ausência de prontuário eletrônico nas unidades de APS foi realizado na região de saúde de Vitória da Conquista, na Bahia. Ainda são utilizadas as requisições manuscritas, gerando equívocos nos fluxos e ausência de relatórios com informações pertinentes sobre a terapêutica utilizada por outros profissionais (SANTOS; GIOVANELLA, 2016). A ausência de prontuários informatizados e integrados minimiza as possibilidades de comunicação entre os profissionais, dificultando a coordenação do cuidado na APS (BOUSQUAT et al., 2017). Ratificando-se a necessidade de investimentos em insumos e equipamentos

para melhora do desempenho e qualidade da APS (TURCI; LIMA-COSTA; MACINKO, 2015).

O sistema de transporte da APS também foi avaliado nessa dimensão, que engloba tanto a existência de um sistema de regulação para este fim, quanto o transporte de pessoas, nas urgências, nos deslocamentos para consultas e exames eletivos, bem como o transporte de amostras de análises clínicas.

A primeira correlação apresentada na avaliação do Sistema Logístico foi com o IDH dos municípios, na qual a avaliação da dimensão aumentou, de acordo com a diminuição do IDH. Isso pode ser explicado pelo índice ser relativamente baixo em relação aos países mais desenvolvidos, onde há um melhor entendimento dos benefícios que a informatização, por exemplo, pode trazer para o fortalecimento das RAS, no cuidado em saúde dos usuários da APS. Embora haja uma linha de pesquisadores que afirmam a existência de falhas em medir a real condição de vida de uma sociedade através do IDH, uma vez que aspectos importantes do desenvolvimento não são levados em consideração, principalmente quando se pensa nas grandes desigualdades sociais que existem entre os países e dentro deles mesmos, nos municípios (DALBERTO et al., 2015).

Outra correlação encontrada foi a da avaliação da dimensão Sistema Logístico com a cobertura de ESF. Neste caso, conforme a cobertura aumentou a avaliação também teve escore maior. Demandando que o Sistema Logístico municipal seja mais organizado, a fim de reduzir custos e otimizar o atendimento à população.

Os sistemas logísticos potentes são aqueles que fazem a integração dos diferentes pontos de atenção à saúde, em um sistema incorporado pelas RAS. A ação combinada dos sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico eletrônico, sistema de acesso regulado à atenção e sistema de transporte em saúde) é o que garante a integralização, eliminando os retrabalhos e as repetições. Com isso, garante-se uma atenção à saúde efetiva, eficiente e de qualidade (MENDES, 2011).

Os resultados da última dimensão avaliada mostraram que os municípios também tiveram uma boa classificação quanto ao Sistema de Governança. Isso mostra que os enfermeiros enxergam a valorização do nível da APS dentro do sistema de gestão municipal. Os secretários de saúde dos municípios são atores

ativos nessa organização, oferecendo subsídios para a participação popular e dos trabalhadores em saúde.

Em relação à existência de algum sistema de avaliação e monitoramento da APS, as respostas insatisfatórias indicam que não há municípios na microrregião com condições de ter um sistema próprio para esta finalidade, ancorando-se nos sistemas já preestabelecidos pelo nível estadual e federal. Compreende-se que essa avaliação seja realizada somente a nível federal, pelo Ministério da Saúde, através do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). O PMAQ-AB busca avaliar e promover intervenções através da qualificação das equipes de Atenção Básica na sua capacidade institucional, promovendo mudanças nas práticas de serviços, ampliando o impacto sobre as condições de saúde da população, com foco no usuário (CHAVES et al., 2018).

Quanto às análises estatísticas, a avaliação da dimensão Sistema de Governança apresentou correlação com o IDH dos municípios que, conforme diminuiu, a avaliação aumentou. Também apresentou correlação com a cobertura populacional da ESF, na qual a avaliação da dimensão aumentou de acordo com o aumento da cobertura. Esses resultados evidenciaram que os princípios do SUS estão verdadeiramente ativos na APS, como a equidade entre os municípios com menor IDH e avaliação favorável da dimensão. E a integralidade nos municípios que possuem mais cobertura de ESF e melhor avaliação, na visão do Enfermeiro da ESF.

Importante ressaltar que todas as associações realizadas entre as variáveis tempo de serviço na ESF, tipo de especialização e se há o apoio do NASF, com as cinco dimensões avaliadas, não apresentaram correlação. Isso confirma que a região de saúde em estudo possui enfermeiros nas ESF com competência para o funcionamento e conhecimento das atividades da APS na coordenação das RAS, produzindo benefícios para a população adscrita.

Por fim, o resultado da avaliação global da coordenação das RAS pela APS obteve um resultado satisfatório, no qual nenhum município foi classificado como condição insatisfatória ou regular. Isso se traduz pelo reconhecimento da APS como porta preferencial aos serviços de saúde, como centro coordenador das RAS e possuindo o Enfermeiro da ESF papel fundamental na condução dos usuários nos diferentes níveis de atenção. Confirmando assim a missão das RAS, na qual as organizações operam em cooperação entre si; trocam seus recursos; organizam-se

de forma que todos os pontos de atenção são igualmente importantes; atuam entre si com contínuo processo de atenção à saúde nos diferentes níveis de atenção; funcionam sobre a coordenação da APS; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (MENDES, 2010).

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Estudos envolvendo as RAS são de extrema importância para o SUS, visto que a legislação que regulamenta essas redes é relativamente recente e pouco se sabe ainda sobre o seu funcionamento. A APS como porta preferencial de entrada aos serviços de saúde e coordenadora da RAS apresenta potencial significativo nos serviços de saúde para que a condução dos processos justifique um sistema universal de saúde, respeitando seus princípios e diretrizes.

Avaliar como acontece essa coordenação sob a ótica do Enfermeiro, inserido na APS através da ESF, permite compreender as fragilidades, os desafios e os avanços que a regionalização trouxe até a atualidade.

Os resultados apresentados mostraram que o profissional Enfermeiro tem papel fundamental na condução da ESF, que representa a APS, em virtude de dispor da qualificação técnica necessária para o gerenciamento do cuidado ao usuário dentro da rede, garantindo integralidade do cuidado e promovendo atenção à saúde para sua população.

É importante ressaltar que a posição geográfica da região de saúde favorece para que os resultados sejam positivos nos municípios. A cobertura de ESF é alta, garantindo universalidade e integralidade do acesso, porém o IDH ainda permanece com baixos índices, evidenciando a necessidade de maior equidade entre os municípios. O que torna interessante propor avaliações em outras regiões, de condições diferentes, para que se possa conhecer a realidade local e propor intervenções pertinentes.

Esta pesquisa possibilitou o acréscimo de estudos científicos na área de gestão em serviços de saúde e, principalmente no que concernem às RAS. Colaborou para que outros pesquisadores possam ter interesse científico e gerar novas pesquisas futuramente, assim como utilizar o Instrumento COPAS, que fornece informações importantes para a construção de uma rede organizada e hierarquizada.

A utilização do COPAS permitiu identificar que a região de saúde em estudo possui requisitos básicos para que o sistema em redes possa existir. Foi possível perceber semelhanças importantes, entre os municípios avaliados, na assistência ao indivíduo e à família, gestão em saúde, aspectos estruturais e processo de trabalho.

Também se percebeu um déficit, principalmente em relação aos sistemas de informação e assistência farmacêutica.

Por fim, é inegável que os sistemas que compõem as RAS (população, APS, sistemas logístico, de apoio e governança) estruturam e possibilitam a atenção integral aos usuários do SUS, que tem a APS como ordenadora do cuidado e o Enfermeiro da ESF o profissional ativo na proporcionalidade da atenção à saúde para a população. É possível, por meio da avaliação, propor novos investimentos e, principalmente, novas políticas públicas de saúde, que proporcionam melhorias no âmbito nacional, elevando as condições de desenvolvimento do país.

O presente estudo apresenta como limitação ter sido realizado em uma microrregião, composta de pequenos municípios, com características que não permitem a generalização dos resultados. Isto posto reflete-se que enfermeiros de outras cidades e de outras regiões do país, com realidades sócio econômicas e organizacionais diversas podem ter diferentes interpretações que culminarão em outros resultados. Desta forma, acredita-se que o presente trabalho contribui para ampliar a discussão desta temática, e que novos estudos devam ser realizados a fim de formar evidências científicas mais robustas para este nível de assistência à saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALBERTI, G.; ESPÍNDOLA, R.; CARVALHO, S. Abordagem ao idoso na estratégia de saúde da família e as implicações para a atuação do enfermeiro. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 695–702, 2014.
- ALELUIA, I. R. S. 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, J. H. H. et al. Atenção primária à saúde: enfocando as redes de atenção à saúde. **Rev. Enferm. UFPE on line**, Recife, v. 9, n. 11, p. 9811-6, 2015.
- AZEVEDO, D. M.; GONDIM, M. C. S. M.; SILVA, D. S. Apoio Matricial em Saúde Mental: percepção de profissionais no território. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, 2013.
- AZEVEDO, D. M.; SANTOS, A. T. Ações de Saúde Mental na Atenção Básica: conhecimento de Enfermeiros sobre a Reforma Psiquiátrica. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 3311–3322, 2013.
- BARBIANI, R.; DALLA, C. R.; SCHAEFER, R. Práticas do enfermeiro no contexto da atenção básica: *scoping review*. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 24, e2721, 2016.
- BOUSQUAT, A. 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, n. 4, p. 1141-1154, 2017.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico. Artigo 198. 292 p. 1988.
- \_\_\_\_\_. Ministério da saúde. **Lei Nº 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. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Regionalização da assistência à saúde: aprofundando a descentralização com equidade no acesso.** Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01 e Portaria MS/GM n.o 95, de 26 de janeiro de 2001 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 114 p. 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Diário Oficial da União. Brasília-DF, Seção 1, 31 dez. 2010, p. 88–93, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução Nº466/2012.** Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Conselho Nacional de Saúde, p. 1–16, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília; Seção 1, pag 68, 21 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-Gestor AB: Informação e Gestão da AB.** Departamento de Atenção Básica. Janeiro/2018a. Disponível em:  
<https://egestorab.saude.gov.br/paginas/acessoPublico/relatorios/relatoriosPublicos.xhtml>. Acesso em 17 mar. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS (DATASUS). **Cadastro de Estabelecimentos de Saúde - CNESnet** . Secretaria de Atenção à Saúde. Janeiro/2018b. Disponível em:  
[http://cnes2.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Equipes.asp](http://cnes2.datasus.gov.br/Lista_Tot_Equipes.asp). Acesso em 17 mar. 2018.

CNES. CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Consultas.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em: 1 ago. 2017.

CECILIO, L. C. O. et al. A atenção básica à saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 2893–2902, 2012.

CHAVES, L. A. et al. Integração da atenção básica à rede assistencial: análise de componentes da avaliação externa do PMAQ-AB. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2018.

COELHO, M. M. F. et al. Supervisão como Tecnologia para a Melhoria da Atenção Básica à Saúde. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 704–711, 2012.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: 2015.

CORRÊA, A. C. P. et al. Perfil sociodemográfico e profissional dos enfermeiros da atenção básica à saúde de Cuiabá - Mato Grosso. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet], v. 14, n. 1, p. 171-80, 2102. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n1/v14n1a20.htm>. Acesso em: 17 mar. 2018.

CUNHA, E. N.; SOUZA, M. K. B. A regionalização da saúde enquanto princípio organizativo para a gestão do SUS. **Rev enferm UFPE** (on line), Recife, v. 11, p. 2145–56, 2017.

DALBERTO, C. R. et al. Índice de desenvolvimento humano eficiente: uma mensuração alternativa do bem-estar das nações. **Pesquisa e planejamento econômico – PPE**, Brasília-DF, v. 45, n. 2, 2015.

DANCEY, Christine P. **Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. viii, 608 p.

DAWALIBI, N. W. et al. Índice de desenvolvimento humano e qualidade de vida de idosos frequentadores de universidades abertas para a terceira idade. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 26, n. 2, p. 496-505, 2014.

DAWSON, B. El futuro de los servicios médicos y afines. **Organización Mundial de la Salud. Publicación Científica**, n. 93, p. 38, 1964.

FARIA, M. G. A.; ACIOLI, S.; GALLASCH, C. H. Perfil de enfermeiros fluminenses da Estratégia de Saúde da Família participantes de um curso de Especialização. **Enferm. Foco**, Brasília-DF, v. 7, n. 1, p. 52-55, 2016.

FERREIRA, D. F. **Estatística Multivariada**. 2. ed. Lavras: UFLA, 2011. 676 p.

FREITAS, G. M.; SANTOS, N. S. S. Atuação do Enfermeiro na Atenção Básica de Saúde: Revisão Integrativa de Literatura. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João del-Rei, v. 4, n. 2, p. 1194–1203, 2014.

GERHARDT, T, E; SILVEIRA, D. T. **Métodos de pesquisa**. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e pelo Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS. Porto Alegre: UFRGS, 2009.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde e coordenação dos cuidados na rede assistencial. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 51, p. 30–37, 2014.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE. **Estimativas da população residente no Brasil e Unidades da Federação com data de referência em 1º de Julho de 2018**. Disponível em: [ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas de Populacao/Estimativas 2018/estimativa dou 2018.pdf](ftp://ftp.ibge.gov.br/Estimativas_de_Populacao/Estimativas_2018/estimativa_dou_2018.pdf). Acesso em: 23 set. 2018.

Índice de Desenvolvimento Humano Municipal. IDHM. **Índice de Desenvolvimento Humano Municipal no Brasil**. Disponível em: <http://g1.globo.com/economia/idhm-2013>. Acesso em 10 ago. 2017.

KING, M. L. **Uma promessa não realizada: 1962 gravação de fala MLK é descoberta**. Disponível em: <https://www.npr.org/2014/01/20/264226759/a-promise-unfulfilled-1962-mlk-speech-recording-is-discovered>. Acesso em 15 out. 2018.

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

LAPÃO, L. V. et al. Atenção Primária à Saúde na coordenação das Redes de Atenção à Saúde no Rio de Janeiro, Brasil, e na região de Lisboa, Portugal. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 713–724, 2017.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867–874, dez. 2011.

MAEHLER, M. et al. **Cluster: Cluster Analysis Basics and Extensions**. R package version 2.0.5 (2016).

MALTA, D. C. et al. A Cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no Brasil, segundo a Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 327-338, 2016.

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

\_\_\_\_\_. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Assessoria de Gestão Regional. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde de Minas Gerais (PDR/MG)**. Minas Gerais. Secretaria de Estado de Saúde. Assessoria de Gestão Regional. 2011.

MINGOTI, S. A. **Análise de dados através de métodos de estatística multivariada**: uma abordagem aplicada. Belo Horizonte: UFMG, 2013. 297 p.

MOHER, D. et al. The PRISMA Group. Principais itens para relatar revisões sistemáticas e meta-análises: a recomendação PRISMA. Tradução Taís Freire Galvão e Thais de Souza Andrade Pansani; retro-tradução de David Harrad. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília-DF, v. 24, n. 2. p.335-42. Brasília. 2015.

MOLIN, S. et al. Equidade na estratégia saúde da família (ESF). **Rev Bras Promoç Saúde**, Fortaleza, v. 28, n. 1, p. 113-118, 2015.

MOLL, M. F. et al. O conhecimento dos enfermeiros sobre as redes de atenção à saúde. **Journal of Nursing UFPE**, Recife, v. 11, n. 1, p. 86–93, 2017.

NERY, A. A. et al. Saúde da Família: visão dos usuários. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 397–402, 2011.

Organização Pan-Americana da Saúde. OPAS. **A Atenção à Saúde coordenada pela APS: construindo as Redes de Atenção no SUS**. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.113 p.

PAULA, M. et al. Processo de Trabalho e Competências Gerenciais do Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família. **Rev Rene.**, Fortaleza, v. 14, n. 4, 2013.

PEDROSO, B. et al. Avaliação da qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS: Uma visão geral dos instrumentos WHOQOL-HIV e WHOQOL-HIV-BREF. **Revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP**, Campinas, v. 10, n. 1, p. 50–69, 2012.

PEREIRA, E. C. **Avaliação do Programa Mais Médicos nos Vales do Jequitinhonha e Mucuri**. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Saúde, Sociedade e Ambiente da Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri. Diamantina, 2017. 90 p.

PEREIRA, N. C.; LUIZA, V. L.; CRUZ, M. M. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p.451-468, 2015.

PINTO, H. A. et al. O Programa Mais Médicos e o fortalecimento da Atenção Básica. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 51, p. 105-120, 2014.

Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD. (2015). PNUD. **Ranking IDH Global 2014**. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0/rankings/idh-global.html> . Acesso em: 15 out. 2018.

\_\_\_\_\_. PNUD. (2018). **IDH – Conceitos**. Disponível em: <http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html> . Acesso em: 15 out. 2018.

POPOLIN, M. A. P. **Os determinantes das internações por tuberculose em Ribeirão Preto: uma abordagem geocológica**. 2017. 132 f. Tese (Doutorado em Ciências, do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERPUSP. Ribeirão Preto: 2017.

REIS, A. A. C. et al. Reflexões para a construção de uma regionalização viva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, p. 1045–1054, 2017.

REIS, F. B. et al. Pesquisa científica: a importância da metodologia. **Rev. Bras. Ortop.**, São Paulo, v. 37, n. 3. P. 51-55, 2002.

R Core Team (2017). **R: A language and environment for statistical computing**. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>.

RODRIGUES, L. B. B. **Adaptação e validação de um instrumento para avaliar a coordenação das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária: fase I**. 2013. 130 f. Tese (Doutorado em Ciências, do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERPUSP. Ribeirão Preto: 2013.

RODRIGUES, L. B. B. et al. A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343–352, 2014a.

\_\_\_\_\_. 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. 1385–1390, 2014b.

ROSENSTOCK, K. I. V.; NEVES, M. J. Papel do enfermeiro da atenção básica de saúde na abordagem ao dependente de drogas em João Pessoa, PB, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 63, n. 4, p. 581–586, 2010.

SALES, N. C.; SILVA, M. G. C.; PINTO, F. J. M. Competências essenciais desenvolvidas por coordenadores de Centros de Saúde da Família. **Rev Bras Promoç Saúde**, Brasília-DF, v. 27, n. 3, p. 389–397, 2014.

SANTOS, A. M.; GIOVANELLA, L. Estratégia Saúde da Família na coordenação do cuidado em região de saúde na Bahia. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 108, p. 48–63, 2016.

SANTOS, R. S. A. F. et al. Rede de Atenção à Saúde ao portador de Diabetes Mellitus: uma análise da implantação no SUS em Recife (PE). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. Especial, p. 268-282, 2015.

SCHIMITH, M. D. et al. Continuidade do cuidado na Rede de Atenção à Saúde: negociação entre usuários e profissionais. **Rev Rene**, Fortaleza, v.15, n. 5, p. 812-22, 2014.

SIEGEL, Sidney. **Estatística não-paramétrica para ciências do comportamento**. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 448p.

SILVA, I. C.B. et al. Processo de trabalho entre a Equipe de Atenção Básica e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev Bras Med Fam Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p.1-10, 2017.

SILVA, S. A. et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde: visão dos profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. spe, p. 122–128, ago. 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, jun. 2011.

SILVA, S. S.; ASSIS, M. M. A. O cuidar da enfermeira na saúde da família: fragilidades e potencialidades no Sistema Único de Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 0603–0609, 2015.

SOUSA, A. S. J. et al. Consulta de enfermagem ao cliente hipertenso na estratégia saúde da família. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 102–7, 2015.

SPAGNUOLO, R. S. et al. O enfermeiro e a estratégia saúde da família: desafios em coordenar a equipe multiprofissional. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 2, p. 226–234, 2012.

TRIOLA, Mario F. **Introdução à estatística**. 9.ed. Rio de Janeiro: LTC, 2005. 656 p.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TURCI, M. A.; LIMA-COSTA, M. F.; 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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941–1952, 2015.

VIEIRA, E. W; GAZZINELLI, A. Grau de integração da Atenção Primária à Saúde de município de pequeno porte na Rede de Atenção à Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.2, p.448-461, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. Primary Health Care. **Report of the International Conference on Primary Health Care**. GENEVA: 1978.

## ANEXOS

### 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)*

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



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

Ola,

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:
3. Tem atendimento pelo NASF:

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:
5. Possui Especialização em: ( ) Saúde Pública ( ) Saúde da Família



<b>B - POPULAÇÃO</b>					
1. Há uma população definida sob os cuidados das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS).	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
11. As famílias estão classificadas de acordo com as condições sociais.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Não concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
12. A população não está classificada por sexo, idade e outros.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )



FORMULÁRIO

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

<b>C - ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>					
15. A equipe de APS não tem responsabilidades pela população que está sob seus cuidados.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Não concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )



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

respiratórias crônicas, doenças raras e doenças bucais, segundo normas específicas do município.					
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 (geneograma, listagem de problemas familiares e outros).	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
31. As equipes da APS não estão articuladas com as organizações de bairro, religiosas, etc.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
32. Os ACS estão capacitados para articular as equipes com as organizações de bairro, religiosas, etc.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
33. Há um conselho de bairro que acompanha e fiscaliza a APS.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
<b>D – SISTEMAS DE APOIO</b>					
34. A farmácia da APS conta com medicamentos definidos a partir de normas específicas do município.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
35. A farmácia da APS dispõe de medicamentos relacionados aos problemas de saúde da população que está sob seus cuidados.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
36. A farmácia da APS não dispõe de formulário/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 ( )



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

40. A farmácia da APS não utiliza material educativo que contenha 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 da APS e o processamento do material em laboratórios de referência.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
48. Há normas específicas do município que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem discordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
<b>E – SISTEMA LOGÍSTICO</b>					
49. Não há um sistema de informação na APS que integre 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 micro área, 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 ( )



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

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 concordo ( )	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 concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
55. O prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar respostas relativas as situações de saúde da população sob os cuidados da APS.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem concordo ( )	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 concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
57. A equipe da APS agenda diretamente os atendimentos hospitalar que não são de urgência e emergência.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
58. A equipe da APS agenda diretamente alguns exames de análise clínica, imagem e patologia clínica.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem concordo ( )	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 concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
60. Há um sistema de transporte que dá apoio a APS, no deslocamento dos usuários para os serviços especializados, laboratórios, hospitais e outros.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem concordo ( )	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 concordo ( )	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 concordo ( )	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 concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
64. Os resíduos (líquos) de saúde da APS são transportados em veículos adequados.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
<b>F – SISTEMA DE GOVERNANÇA</b>					
65. Há uma política de valorização da APS pelo secretário de saúde, trabalhadores e usuários para o seu uso e acesso aos demais níveis de atenção à saúde.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Nem concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )



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

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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
69. Há um sistema que monitora e avalia a APS.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Não concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
70. Esse sistema contempla a avaliação dos usuários.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
72. Há profissionais terceirizados na APS.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )
75. A APS utiliza de todos os seus recursos materiais, humanos e financeiros para atendimento ao usuário antes de encaminhá-lo a outros serviços.	1. Discordo Totalmente ( )	2. Discordo ( )	3. Não concordo/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	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/ Não concordo ( )	4. Concordo ( )	5. Concordo Totalmente ( )

## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

**Pesquisador:** DANUSA DA SILVA CABRAL

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 76421317.7.0000.5142

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALFENAS - UNIFAL-MG

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.303.523

**Apresentação do Projeto:**

Projeto de pesquisa apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, como requisito para o Mestrado em Enfermagem. Financiamento próprio. Não foram identificados conflitos de interesses.

**Objetivo da Pesquisa:**

- a. claros e bem definidos;
- b. coerentes com a propositura geral do projeto;
- c. exequíveis (considerando tempo, recursos, metodologia).

**Objetivo Primário:**

Avaliar a coordenação das redes de atenção à saúde pela Atenção Primária à Saúde sob a ótica do Enfermeiro que atua na Estratégia de Saúde da Família.

**Objetivo Secundário:**

- Identificar o envolvimento da Enfermagem com a população adscrita;
- Identificar as atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro na coordenação da APS, estando ele à frente da coordenação da ESF;

**Endereço:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700  
**Bairro:** centro **CEP:** 37.130-000  
**UF:** MG **Município:** ALFENAS  
**Telefone:** (35)3299-1318 **Fax:** (35)3299-1318 **E-mail:** comite.etica@unifal-mg.edu.br

Continuação do Parecer: 2.303.523

- Verificar a associação da avaliação das RAS pelo Enfermeiro e a cobertura populacional da ESF em cada município;
- Verificar a associação da avaliação das RAS pelo Enfermeiro e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em cada município;
- Identificar como o Enfermeiro avalia os sistemas de apoio, logístico e de governança das unidades de APS inseridas nas RAS.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

- a. o risco de execução do projeto foi bem avaliado, é realmente necessário e está bem descrito no projeto;
- b. os benefícios oriundos da execução do projeto justificam o risco corrido;
- c. o pesquisador apresentou uma correta ação minimizadora/corretiva para o risco descrito.

**Riscos:**

Risco mínimo, caracterizado pelo tempo dispendido pelo enfermeiro para responder ao questionário e para o preenchimento do formulário de coleta de dados e pelo desconforto em ser confrontado com questões de avaliação que envolve sua prática profissional cotidiana.

**Benefícios:**

O benefício que o projeto trará será por meio dos resultados da avaliação das RAS, oferecendo aos enfermeiros e aos gestores, subsídios para a melhoria e reorganização do modelo assistencial à saúde, para o incremento da integralidade de acesso à população e para a superação da fragmentação da atenção em saúde, e consequentemente otimização dos recursos do Sistema Único de Saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

- a. Metodologia da pesquisa – adequada aos objetivos do projeto, atualizada.
- b. Referencial teórico da pesquisa – atualizado e suficiente para aquilo que se propõe;
- c. Cronograma de execução da pesquisa – coerente com os objetivos propostos e adequado ao tempo de tramitação do projeto.

Estudo quantitativo, de natureza descritiva e transversal. A população envolvida neste estudo será composta por Enfermeiros(as), que estejam vinculados às ESF pertencentes aos municípios da microrregião Alfenas/Machado, incluídos no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). A Região de Saúde de Alfenas – MG pertence à macrorregião do Sul de Minas Gerais, sendo

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700		CEP: 37.130-000
Bairro: centro	Município: ALFENAS	
UF: MG		
Telefone: (35)3299-1318	Fax: (35)3299-1318	E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS**



Continuação do Parecer: 2.303.523

composta por 17 municípios, que são: Alfenas, Alterosa, Areado, Bandeira do Sul, Botelhos, Campestre, Campo do Meio, Campos Gerais, Carmo do Rio Claro, Carvalhópolis, Conceição da Aparecida, Divisa Nova, Fama, Machado, Paraguaçu, Poço Fundo e Serrania, totalizando 89 enfermeiros.

A coleta ocorrerá por meio da aplicação do Instrumento de Avaliação da Coordenação das RAS pela APS (COPAS), devidamente autorizado pela autora. A Metodologia de Análise de Dados foi prevista e bem descrita.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- a. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – presente e adequado.
- b. Termo de Assentimento (TA) – Não se aplica.
- c. Termo de Assentimento Esclarecido (TAE) – Não se aplica.
- d. Termo de Compromisso para Utilização de Dados e Prontuários (TCUD) – Não se aplica.
- e. Termos de Anuência Institucional (TAI) – presentes e adequados.
- f. Folha de rosto - presente e adequado.
- g. Projeto de pesquisa completo e detalhado - presente e adequado.
- h. Outro (especificar) – Email do autor do COPAS, consentindo a utilização do instrumento.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Recomenda-se a aprovação.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O Colegiado do CEP acata o parecer do relator.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_995655.pdf	12/09/2017 16:38:08		Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	12/09/2017 16:34:56	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.docx	12/09/2017 15:15:25	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700  
 Bairro: centro CEP: 37.130-000  
 UF: MG Município: ALFENAS  
 Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 2.303.523

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	12/09/2017 09:11:09	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	SERRANIA.pdf	12/09/2017 09:04:54	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	POCO_FUNDO.pdf	12/09/2017 09:04:15	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	PARAGUACU.pdf	12/09/2017 09:03:45	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	MACHADO.pdf	12/09/2017 09:03:14	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	FAMA.pdf	12/09/2017 09:02:17	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	DIVISA_NOVA.pdf	12/09/2017 09:01:43	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	CONCEICAO_DA_APARECIDA.pdf	12/09/2017 09:01:10	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	CARVALHOPOLIS.pdf	12/09/2017 09:00:39	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	CARMO_DO_RIO_CLARO.pdf	12/09/2017 09:00:05	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	CAMPOS_GERAIS.pdf	12/09/2017 08:59:34	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	CAMPO_DO_MEIO.pdf	12/09/2017 08:58:59	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	CAMPESTRE.pdf	12/09/2017 08:58:28	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	BOTELHOS.pdf	12/09/2017 08:57:55	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	AREADO.pdf	12/09/2017 08:57:23	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	ALTEROSA.pdf	12/09/2017 08:57:00	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito
Outros	ALFENAS.pdf	12/09/2017 08:56:25	DANUSA DA SILVA CABRAL	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

Endereço: Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700  
 Bairro: centro CEP: 37.130-000  
 UF: MG Município: ALFENAS  
 Telefone: (35)3299-1318 Fax: (35)3299-1318 E-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
ALFENAS



Continuação do Parecer: 2.303.523

ALFENAS, 28 de Setembro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Marcela Filié Haddad**  
**(Coordenador)**

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Eu, \_\_\_\_\_, responsável pela Secretaria Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_ – MG estou ciente, de acordo e autorizo a execução da pesquisa intitulada “**AVALIAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**”, coordenada pela pesquisadora Danusa da Silva Cabral, sob orientação da Profª Doutora Simone Albino da Silva.

Declaro conhecer e cumprir a Resolução 466/2012 do CNS; afirmo o compromisso institucional de apoiar o desenvolvimento desse estudo; e sinalizo que esta instituição está ciente de suas responsabilidades, de seu compromisso no resguardo da segurança/bem-estar dos sujeitos da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tais condições.

Alfenas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

**Secretário Municipal de Saúde de \_\_\_\_\_ – MG**

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar, como voluntário(a), da pesquisa – **“AVALIAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”**, no caso de você concordar em participar, favor assinar ao final do documento.

Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição.

Você receberá uma cópia deste termo onde constam o telefone e endereço da pesquisadora principal, podendo tirar dúvidas do projeto e de sua participação.

**TÍTULO DA PESQUISA:** “AVALIAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”.

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Simone Albino da Silva.

**ENDEREÇO INSTITUCIONAL:** Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, centro - Alfenas/MG.

**TELEFONE INSTITUCIONAL:** (35) 3701-9262.

**PESQUISADORES PARTICIPANTES:** Danusa da Silva Cabral

**OBJETIVOS:** Avaliar a coordenação das redes de atenção à saúde (RAS) pela Atenção Primária à Saúde sob a ótica do Enfermeiro que atua na ESF, identificando o envolvimento da Enfermagem com a população adscrita; Verificar a associação da avaliação das RAS pelo Enfermeiro e a cobertura populacional da ESF em cada município; Verificar a associação da avaliação das RAS pelo Enfermeiro e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) em cada município; As atividades desenvolvidas pelo Enfermeiro na coordenação da APS, estando à frente da coordenação da ESF; e como o Enfermeiro avalia os sistemas de apoio, logístico e de governança das unidades de APS inseridas nas RAS.

**JUSTIFICATIVA:** Necessidade de ampliar e adensar o conhecimento científico em relação ao tema, pensando na melhoria da reorganização do modelo assistencial à saúde, incrementando a integralidade de acesso da população e envolvendo a

Enfermagem no processo de coordenação do sistema para conseqüentemente diminuir os riscos para a saúde da população e superar a fragmentação da atenção à saúde.

**PROCEDIMENTOS DO ESTUDO:** O instrumento de entrevista será respondido individualmente pelo profissional Enfermeiro da ESF e no seu local de trabalho. Após as informações coletadas de todos os entrevistados, a análise dos dados servirá de base teórica para avaliar a coordenação das redes de atenção à saúde pela Atenção Primária à Saúde sob a ótica do Enfermeiro.

**RISCOS E DESCONFORTOS:** Este estudo apresenta risco mínimo, caracterizado pelo tempo dispendido pelo enfermeiro para responder ao questionário e para o preenchimento do formulário de coleta de dados e pelo desconforto em ser confrontado com questões de avaliação que envolvem sua prática profissional cotidiana. Será assegurado ao participante o sigilo das informações obtidas.

**BENEFÍCIOS:** Oferecer aos enfermeiros e aos gestores subsídios para a melhoria e reorganização do modelo assistencial à saúde, para o incremento da integralidade de acesso à população e para a superação da fragmentação da atenção à saúde.

**CUSTO/REEMBOLSO PARA O PARTICIPANTE:** Não haverá nenhum gasto com sua participação. Você também não receberá nenhum pagamento com a sua participação. Sendo garantida a expressa de liberdade de retirar o consentimento, em qualquer momento da pesquisa e sem qualquer prejuízo para o entrevistado.

**CONFIDENCIALIDADE DA PESQUISA:** Garantia de sigilo que assegure a privacidade dos sujeitos quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Os dados não serão divulgados.

Assinatura do Pesquisador Responsável: \_\_\_\_\_

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadora – Danusa da Silva Cabral – dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios, custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/assistência/tratamento. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Poderei consultar o pesquisador responsável ou o CEP-UNIFAL-MG, com endereço na Universidade Federal de Alfenas, Rua Gabriel Monteiro da Silva, 700, Centro, Fone: (35) 3299-1318, no e-mail: comite.etica@unifal-mg.edu.br sempre que entender necessário obter informações ou esclarecimentos sobre o projeto de pesquisa e minha participação nele.

Foi-me informado que os resultados obtidos durante este estudo serão mantidos em sigilo, mas concordo que sejam divulgados em publicações científicas, desde que meus dados pessoais não sejam mencionados.

Alfenas, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017.

---

(Nome por extenso)

---

(Assinatura)

## APÊNDICE C – CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Ilma. Sr.<sup>a</sup> Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues

Alfenas, 04 de maio de 2017.

Eu, Danusa da Silva Cabral, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Alfenas – MG (Unifal – MG), sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Dra. Simone Albino da Silva, venho solicitar a vossa autorização para utilização do **Instrumento de Avaliação da Coordenação das RAS pela APS (COPAS)**, na coleta de dados da pesquisa intitulada “Avaliação das Redes de Atenção à Saúde pelo Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família”, dentro da linha de pesquisa Gestão em Serviços de Saúde.

Agradeço antecipadamente.

Atenciosamente,

Danusa da Silva Cabral

## APÊNDICE D – RESPOSTA DO AUTOR PARA UTILIZAÇÃO DO INSTRUMENTO COPAS

Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues

9 de mai

Prezada Danusa, bom dia!

Fico muito feliz que tenha se interessado em usar o nosso instrumento 'COPAS'.

E estou de pleno acordo que o utilize para a sua pesquisa de mestrado.

Entretanto, gostaria de ressaltar que esse instrumento passou pela validação semântica e das propriedades psicométricas iniciais (teste piloto), carecendo ainda da validação final (teste de campo).

Na validação semântica e teste piloto as propriedades foram adequadas.

Se precisar de mais alguma informação estou a disposição.

Att.

### **Profa. Dra. Ludmila B. Bandeira Rodrigues**

*Universidade Federal de Mato Grosso - UFMT*

*Coordenadora do curso de graduação em Medicina*

*Campus Sinop/MT*

Ludmila Barbosa Bandeira Rodrigues

12 de  
jun

Bom dia Danusa,

Entrei em contato com o meu orientador do doutorado referente à sua pergunta sobre a validação final (teste de campo).

Segue abaixo a resposta dele:

"Oi Lu,

fizemos a validação de campo lembra?

até construímos o artigo, entretanto nem todas as propriedades psicométricas foram satisfatórias,

nós usamos o instrumento para a pesquisa aqui em Ribeirão Preto e deu super certo com a tese da Marcela,

assim já estamos utilizando para pesquisa de campo, se quiser pode autorizar elas utilizarem, o que acha?"

Sendo assim, caso você ainda tenha interesse em utilizá-lo, está autorizado.

Na tese da Marcela ela estabeleceu os escores de classificação da APS.

Você pode acessá-la no Portal de teses da USP.

*"Os determinantes das internações por tuberculose em Ribeirão Preto: uma abordagem geocológica".*

Qualquer dúvida estou a disposição.

Att