



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA**

KYZZE CORREIA FONTES

**VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA
REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
(RCPCD) NO ÂMBITO DO SUS**

PIRACICABA
2020

KYZZE CORREIA FONTES

**VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA
REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA
(RCPCD) NO ÂMBITO DO SUS**

Dissertação Mestrado Profissional apresentada à Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a obtenção do título de Mestra em Gestão e Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a. Dra. Denise de Fátima Barros Cavalcante

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À VERSÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO DEFENDIDA PELA ALUNA KYZZE CORREIA FONTES E ORIENTADA PELA PROF^a. DR^a DENISE DE FÁTIMA BARROS CAVALCANTE.

PIRACICABA
2020

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Piracicaba
Marilene Girello - CRB 8/6159

F737v Fontes, Kyzze Correia, 1987-
Validação de instrumento para avaliação da rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS / Kyzze Correia Fontes. – Piracicaba, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Denise de Fátima Barros Cavalcante.
Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba.

1. Pessoas com deficiência. 2. Redes de atenção à saúde. 3. Psicometria.
I. Cavalcante, Denise de Fátima Barros, 1976-. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Odontologia de Piracicaba. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: Validation of an instrument for assessing the care network for people with disabilities within the scope os SUS

Palavras-chave em inglês:

Disabled persons

Health care networks

Psychometrics

Área de concentração: Gestão e Saúde Coletiva

Titulação: Mestra em Gestão e Saúde Coletiva

Banca examinadora:

Denise de Fátima Barros Cavalcante [Orientador]

Regiane Cristina do Amaral

Vera Lucia Ferreira Mendes

Data de defesa: 10-02-2020

Programa de Pós-Graduação: Gestão e Saúde Coletiva

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <https://orcid.org/0000-0002-5989-4198>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/4946907455145076>

FOLHA DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Odontologia de Piracicaba

A Comissão Julgadora dos trabalhos de Defesa de Dissertação de Mestrado Profissionalizante, em sessão pública realizada em 10 de Fevereiro de 2020, considerou a candidata KYZZE CORREIA FONTES aprovada.

PROF^ª. DR^ª. DENISE DE FÁTIMA BARROS CAVALCANTE

PROF^ª. DR^ª. REGIANE CRISTINA DO AMARAL

PROF^ª. DR^ª. VERA LUCIA FERREIRA MENDES

A Ata da defesa, assinada pelos membros da Comissão Examinadora, consta no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa da Unidade.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a minha família porque aprendi o modo com que vocês trilharam o caminho da educação, ao acreditar na transformação, pelo conhecimento, como potência de ser humana. Por isso, um dia sonhei ser professora e mestre. Vocês são minha fonte de inspiração e de força. Minha eterna gratidão.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, gostaria de agradecer a todos os seres de luz, paz e amor por terem iluminado e guiado meus passos com firmeza e harmonia para permanecer nesse sonho.

Aos meus pais, Vânia e Gaspeu, exemplos de força, coragem, humildade e determinação. A minha irmã, Winne, que desde o início leu meus textos e me encorajou a lidar e relacionar intimamente com a escrita. Ao meu sobrinho, Benjamim, fonte de amor, doação e cuidado: foi no dia do seu nascimento que recebi a notícia da aprovação do mestrado, obrigada pela sua presença em nossas vidas, BEM.

Agradeço a toda equipe da FOP/UNICAMP, em especial a, Antônio Carlos Pereira, e à querida Denise Cavalcante, dois seres de luz que acreditaram em mim desde o nosso primeiro encontro em São Paulo, quando eu nem imaginava cursar essa pós-graduação. Minha gratidão.

Agradeço o carinho, a verdade e a parceria dos meus colegas do mestrado, que fizeram de Piracicaba e da FOP/UNICAMP um ambiente divertido e acolhedor, são amizades e aprendizados que lavarei em meu coração por toda vida.

Agradeço imensamente às alunas da pós, conselheiras, companheiras de casa e amigas para uma vida inteira, Bruna Verna, Cláudia Aline e Michelle, as palavras não alcançam o tamanho do meu agradecimento, grata pelo carinho, amizade e companheirismo. Foi um encontro do astral, tem amor para duas encarnações.

Agradeço aos companheiros de luta da saúde coletiva e da pauta da pessoa com deficiência no SUS, vocês sempre estiveram na torcida e nas conversas cotidianas que auxiliaram a amadurecer as decisões da pesquisa. Agradeço de coração a escuta amorosa e atenta. Aos companheiros: Diego Ferreira, Lais Relvas, Diogo Aguiar, Kalyne, Rhaila, Bárbara, Victor Mendes, Lula, Katia Aragão e Sindaya.

Aos queridos irmãos, do Céu de São Cristóvão e Flor da Terra (Brasília), que seguraram a minha mão nos momentos de fraqueza e desespero. O caminho da espiritualidade e do auto conhecimento são o chão do meu terreiro. Agradeço a todos que direta e indiretamente estiveram ao meu lado.

Aos gestores que compõe a Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, por confiarem em mim e no meu sonho. Espero continuar contribuindo com a construção cotidiana da política pública de qualidade aos cidadãos aracajuanos.

Agradeço também ao meu companheiro de casa, Jonh Eldon, pela labuta diária e pelas conversas complexas e infinitas, que só me encorajaram a permanecer neste propósito.

A minha co-orientadora e amiga Regiane Amaral, que foi um grande encontro que o universo me proporcionou no momento e hora certa. MUITÍSSIMO obrigada por tudo, amada.

A Tinho Torquato que esteve presente me apoiando em todas as minhas idas e vindas a São Paulo. Agradeço imensamente toda sensibilidade, carinho, dedicação e amor. Com a firmeza de um bom capricorniano, me auxiliou nas escolhas e tomadas de decisões. Minha eterna gratidão.

A todos vocês minha imensa e profunda gratidão!

RESUMO

A fragmentação da atenção no SUS é um obstáculo importante a ser superado, para a garantia de acesso à qualidade do cuidado em tempo oportuno. Assim, em 2010, o Brasil resolveu implantar o modelo em Rede de Atenção a Saúde (RAS), que foi criado como estratégia de organização do sistema de atenção à saúde em sistemas integrados. Em 2012, implementou-se, no SUS, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), a partir de então considerada uma das cinco redes prioritárias do Governo Federal. O objetivo desse estudo foi adaptar e validar um instrumento para avaliar o diagnóstico do estágio de desenvolvimento da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD). Trata-se de um estudo do tipo transversal observacional para adaptação e validação de um questionário para coleta de dados. A amostra foi composta por 26 gestores que atuam na rede da pessoa com deficiência em todo Brasil, escolhidos aleatoriamente a partir de convites enviados por e-mail, telefone e APP de mensagens instantâneas. Foram consideradas duas etapas: a primeira corresponde ao processo de adaptação do instrumento de pesquisa, conservando os pontos técnico-conceituais; a segunda etapa foi a avaliação das propriedades psicométricas (confiabilidade e validade) do instrumento. Para as análises foi utilizado o software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, version 17.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA). Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (parecer nº 3283269). O processo de adaptação do instrumento teve como resultado o questionário de avaliação composto por cinquenta e sete questões. A amostra dos participantes da pesquisa foi formada em sua maioria por pessoas do sexo feminino, que possuíam formação na Rede de Cuidados à Pessoa com deficiência. As fases que mediram a equivalência do constructo demonstram satisfatórias, assim como os testes estatísticos para aferição da confiabilidade (alpha de Cronbach e Correlação Intra Classe), ambos estiveram nos parâmetros estabelecidos na literatura. Quanto à validade do instrumento, o mesmo se apresentou satisfatório, considerando as questões entre os componentes. O instrumento adaptado para Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência poderá auxiliar os gestores na tomada de decisão, na avaliação e no monitoramento dos recursos.

Palavras chaves: Deficiência. Rede de Atenção a Saúde. Psicometria.

ABSTRACT

Fragmentation of care in the SUS is an important obstacle to ensuring timely access and quality of care. Thus, in 2010 Brazil decided to implement the model in Health Care Networks (RAS) that is born as a strategy for organizing the health care system in integrated systems. In 2012, the SUS Network for Disability Care (RCPCD) was implemented and considered one of the five priority networks of the Federal Government. The aim of the study was to adapt and validate an instrument to assess the stages of development of the Disabled Persons Care Network (RCPCD). This is an observational cross-sectional study to adapt and validate a data collection questionnaire. The sample consisted of 26 managers who make up the network of people with disabilities throughout Brazil, chosen at random from invitations sent by email, telephone and instant messaging APP. Two stages were considered, the first is the adaptation stage that corresponds to the process of adaptation of the research instrument, conserving the technical - conceptual points, while the second stage concerns the evaluation of the psychometric properties (reliability and validity) of the instrument. For the analyzes, the Statistical Package for Social Sciences software (SPSS for Windows, version 17.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA) was used. This study was approved by the Research Ethics Committee of the Piracicaba School of Dentistry (Opinion No. 3283269). The instrument adaptation process resulted in the evaluation questionnaire with fifty-seven questions. The sample of the research participants was mostly women, who had training in the Disabled Care Network. The phases that measured the equivalence of the construct proved satisfactory, as well as the statistical tests for reliability measurement (Cronbach's alpha and Intra-Class Correlation) both were in the parameters established in the literature. As for the validity of the instrument, it is satisfactory considering the issues between the components. The instrument adapted for the care network for people with disabilities will assist managers in decision making, resource assessment and monitoring.

Keywords: Disability. Health Care Networks. Psychometrics

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

Figura 1: Etapas da Análise das Propriedades Psicométricas	27
Tabela 1 - Distribuição dos Gestores por UF/Gênero	29
Tabela 2: Resultado da análise de confiabilidade do Instrumento e dos domínios	30
Tabela 3: Distribuição das questões por componente	31
Tabela 4: Correlação entre duas questões de um mesmo domínio	31

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	-	Atenção Primária à Saúde
CER	-	Centros Especializados em Reabilitação
IBGE	-	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LAI	-	Lei de Acesso à Informação
MS	-	Ministério da Saúde
NOAS	-	Norma Operacional de Assistência à Saúde
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
RCPCD	-	Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência.
SUS	-	Sistema Único de Saúde
IARPCD	-	Instrumento de Avaliação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 ARTIGO: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DO ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO DA REDE DE CUIDADO A PESSOA COM DEFICIÊNCIA	18
3 CONCLUSÃO	39
REFERÊNCIAS	40
ANEXOS	
Anexo 1 - Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa da FOP UNICAMP	42
Anexo 2 - Verificação de originalidade e prevenção de plágio	43
Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido participante voluntário	44
Anexo 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido participante “Expert”	48
Anexo 5 - Submissão do Artigo	52
Anexo 6 - Protocolo da Lei de Acesso a Informação	53
Anexo 7- Questionário de Avaliação de Redes de Atenção à Saúde (Original).	54
Anexo 8 - Questões do Instrumento de Avaliação da RCPCD	63

1 INTRODUÇÃO

Após 29 anos de promulgação da Lei nº 8.080/1990, conhecida como “Lei Orgânica da Saúde”, que institui o Sistema Único de Saúde (SUS), observam-se muitos avanços na assistência e cuidado à saúde da população, principalmente no que se refere à ampliação de ações e serviços; à ampliação do acesso; ao crescimento dos recursos humanos em saúde; à ampla participação social nos processos decisórios e à descentralização da gestão e dos recursos. (Saliba et al., 2013; Arruda et al., 2015).

A transição demográfica acelerada e a transição epidemiológica, marcadas pelo aumento da população idosa e pelo crescimento das doenças crônicas degenerativas em detrimento das doenças infecto contagiosas, evidenciam um descompasso entre as necessidades da população e o estágio de organização dos sistemas. Os impactos destas transições acarretam, para o sistema de saúde, sobrecarga na execução dos serviços, o que resulta em impactos de ordem econômica, estrutural e organizacional. Alguns países desenvolvidos se prepararam para absorver rapidamente as novas demandas delineadas pela sociedade, a consequência disso foi a necessidade de repensar modelos de organização da saúde (Pereira et al., 2017).

Contudo, nos países em desenvolvimento - que possuem grandes contrastes sociais e econômicos, como é no Brasil - as transformações no sistema de saúde não acompanham as mudanças no perfil populacional e epidemiológico. Desde a década de 30 e principalmente a partir de 1964, as políticas sociais de saúde estavam de acordo com o modelo econômico conservador, marcadas pela fragmentação institucional; exclusão da participação social nas instâncias decisórias; modelo hospitalocêntrico focado prioritariamente nas condições agudas; no cuidado fragmentado, reativo e centrado na medicalização e na cura (Machado et al., 2012).

Nesta perspectiva, a regionalização, que é diretriz estruturante do SUS e está prevista na Constituição Federal (1988) e regulamentada através dos seus marcos legais, edição da NOAS (2002), no Pacto Pela Saúde (2006) e no Decreto 7.508 (2011), é uma estratégia para a reorganização e orientação da descentralização das ações e serviços de

saúde, que proporciona direcionalidade regional para as políticas de saúde ao alinhar os processos de pactuação interfederativa entre gestores do SUS (Mendes, 2016).

O processo de regionalização interfere significativamente no acesso à saúde, podendo impactar, positivamente no princípio da universalidade, na medida em que busca ampliar o acesso, integrar as ações e serviços de um determinado contexto socio-sanitário, através da otimização de recursos, bem como do planejamento e a organização em rede (Lima et al., 2012).

Desta forma, a implantação da Rede de Atenção a Saúde (RAS) nasce como uma estratégia de organização do sistema de atenção à saúde por meio de sistemas integrados que apontam para o desenvolvimento de um sistema coordenado e contínuo baseado na colaboração e na comunicação entre gestores, prestadores e usuários, visando à integração dos serviços de saúde, à educação permanente dos profissionais, ao priorizar o trabalho intersetorial e multidisciplinar, o monitoramento dos processos e os resultados (Mendes, 2011).

Assim, em 2010, as diretrizes para a organização da RAS, foram instituídas no SUS por meio da portaria 4.279 de 2010. RAS é definida como um conjunto de ações e serviços de saúde, que se diferenciam nas suas funções e responsabilidades, sendo elas de diferentes densidades tecnológicas, que interagem através de sistemas de apoio técnico-logístico e de gestão que tem como objetivo único a integralidade do cuidado e a garantia da atenção continuada a determinada população que deve estar sob a responsabilização da atenção básica em saúde (Brasil, 2010).

O sistema em rede organiza-se sob a horizontalidade da atenção à saúde, cujo ponto de comunicação preferencial é a Atenção Primária à Saúde (APS), visa a qualidade da atenção, bem como a melhoria na qualidade de vida dos usuários, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde. Porém, em sua implementação podem ocorrer obstáculos de caráter gerencial, técnico-profissional e/ou comunitário (Silva e Mota, 2015). Os atributos essenciais para organização da RAS, definidos como “elementos constitutivos”, são: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde (Brasil, 2010; Mendes, 2011; Brasil, 2012).

O primeiro desses elementos, a “População”, é a razão de ser e característica primordial da RAS. A população sob a responsabilidade da RAS vive em territórios singulares, organizam-se em família e geralmente é cadastrada em subpopulações em riscos socio sanitários. Por isso, conhecer o território e a população de referência de uma RAS, requer uma densidade maior nos processos de trabalho das equipes, em que se faz necessário diagnóstico do território, cadastro das famílias, vinculação das mesmas à APS e identificação de subpopulações com condições de saúde estratificada por risco (Brasil, 2010; Mendes, 2011; Brasil, 2012).

O segundo elemento constitutivo é a “Estrutura Operacional” das RAS, que compõe a estrutura e os nós críticos da rede, e se dividem em cinco componentes:

- O Centro de comunicação ou Atenção Primária à Saúde;
- Os Pontos de Atenção à Saúde Secundária e Terciária;
- Os Sistemas de Apoio (de apoio diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e de informação em saúde);
- Os Sistemas Logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde);
- O Sistema de Governança.

O terceiro e último componente da RAS é o “Modelo de Atenção à Saúde”, que se traduz como a necessidade assistencial da população no âmbito do SUS, além de representar o paradigma necessário para compreender o processo saúde/doença e seus mecanismos e padrões de intervenção. Trata-se de um modelo de atenção capaz de fazer a defesa pela vida, a partir de uma estrutura lógica que prioriza o cuidado integral e equânime (Brasil, 2010).

Dentre as redes temáticas prioritárias, encontra-se a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD). A RCPCD, instituída no SUS pela Portaria GM/MS 793 (2012), inaugura um novo paradigma indutor das ações em saúde para as pessoas com deficiência no âmbito do SUS, priorizando o respeito aos direitos humanos, como garantia de autonomia e liberdade às pessoas com deficiência; promoção do respeito às

diferenças; atenção humanizada; e diversidade e respeito nas estratégias de cuidado (Campos, 2015).

Esta rede se expressa como resultado das incansáveis lutas dos movimentos sociais das pessoas com deficiência, que se traduz na conquista de direitos a partir da legitimação de demandas. Os objetivos centrais visam ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência no SUS; promover a vinculação destas pessoas as suas famílias; e garantir a integração dos pontos de atenção da RCPCD no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco (Campos et al., 2015).

A RCPCD está organizada por meio de componentes e pontos de atenção que se articulam entre si, a fim de garantir a integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção. O primeiro componente é o da Atenção Básica, que tem como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS), os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a Atenção Odontológica. O segundo componente é a Atenção Especializada, e têm como pontos de atenção, os estabelecimentos de saúde reconhecidos como modalidade única, ou seja, que são habilitados em um serviço de reabilitação apenas; os Centros Especializados em Reabilitação (CER) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). O terceiro componente é a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência, que tem como ponto de atenção a rede hospitalar e as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e tem como responsabilidade garantir o acolhimento, a classificação de risco e o cuidado das pessoas com deficiência nas situações de urgência (Campos, 2015).

Passados sete anos de implantação da RCPCD e quase 10 anos de regulamentação da RAS pelo Governo Brasileiro, mais de 14 milhões de reais foram investidos na RCPCD através do Plano Viver sem Limite (2012-2016), especialmente na implantação de serviços, qualificação e reestruturação de estabelecimentos, capacitações de profissionais e estratégias de educação permanente nos processos de trabalho vivo do cotidiano. Verifica-se a necessidade de avaliar a efetividade e eficiência da RCPCD.

As etapas do processo de validação desse instrumento de coleta de dados requerem responsabilidade, cuidado e segurança quanto aos resultados. Assim, esse

estudo optou por seguir as etapas de validação de instrumento de acordo com Paiva e colaboradores (2018) in Estrela (2018), que consiste na tradução (quando houver), adaptação e avaliação psicométrica. Para este estudo foram utilizadas as etapas de “adaptação e avaliação psicométrica”, tendo em vista que a versão original do questionário é na língua portuguesa (Estrela, 2018).

Considerando os escassos trabalhos na área da RCPCD e a necessidade de pesquisas no âmbito das políticas públicas de saúde voltada para esta população, este estudo se propôs a adaptar e validar um instrumento que avalie o diagnóstico do estágio de desenvolvimento da RCPCD nos diversos territórios brasileiros.

2 ARTIGO: PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DO INSTRUMENTO DE DIAGNÓSTICO DO ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

(Submetido à Revista Ciência e Saúde Coletiva)

Kyzze Correia Fontes (<https://orcid.org/0000-0002-5989-4198>)¹

Regiane Cristina Amaral (<https://orcid.org/0000-0002-9191-0960>)²

Antônio Carlos Pereira (<https://orcid.org/0000-0003-1703-8171>)³

Denise de Fátima Barros Cavalcante (<https://orcid.org/0000-0002-9166-0367>)⁴

RESUMO

A avaliação psicométrica de um instrumento de coleta de dados consiste na realização de testes estatísticos a fim de avaliar a qualidade e credibilidade do instrumento. Para isso são utilizados os seguintes requisitos essenciais: confiabilidade e validade. O presente estudo teve como objetivo avaliar as propriedades psicométricas (confiabilidade e validade) do instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no SUS. A amostra foi composta por 26 gestores que compõem a Rede da Pessoa com Deficiência em todo Brasil, escolhidos aleatoriamente a partir de convites enviados por e-mail, telefone e APP de mensagens instantâneas. A confiabilidade e a validade do instrumento foram analisadas a partir dos testes estatísticos: alpha de Cronbach, correlação intra classe (CCI) e correlação de Spearman. Para as análises foi utilizado o software SPSS for Windows, version 17.0. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba (parecer nº 3283269). O resultado da amostra, o alpha de Cronbach calculado se demonstrou satisfatório: 0,90 para o escore total; 0,73 a 0,90 quando comparamos os componentes e de 0,63 a 0,90 entre os itens. A CCI demonstrou excelente e boa, considerando que os valores entre os componentes variaram entre 0,73 a 0,90. Com relação à correlação de Spearman, foi significativa para as questões, entre os

componentes investigados, a mensuração das concordâncias entre os itens, que demonstrou valores de “r” entre 1 e 0,24. Por fim, a avaliação das propriedades psicométricas foi satisfatória e permitiu, através do estudo, evidenciar que a confiabilidade e validade estão presentes e garantem a capacidade de aferição do instrumento.

Palavras-chave: Propriedade psicométrica, Deficiência, Rede de Atenção à Saúde.

ABSTRACT

The psychometric assessment of a data collection instrument consists of performing statistical tests to assess the quality and credibility of the instrument. For this, the following essential requirements are used: reliability and validity. The present study aimed to evaluate the psychometric properties (reliability and validity) of the diagnostic instrument of the stage of development of the Care Network for People with Disabilities within the scope of SUS. The sample consisted of 26 managers who make up the Network of People with Disabilities throughout Brazil, chosen at random from invitations sent by email, phone and instant messaging APP. The reliability and validity of the instrument were analyzed using statistical tests: Cronbach's alpha, intra-class correlation (ICC) and Spearman's correlation. For the analyzes, the software SPSS for Windows, version 17.0. This study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Dentistry of Piracicaba (opinion nº 3283269). The sample result, the calculated Cronbach's alpha, proved to be satisfactory: 0.90 for the total score; 0.73 to 0.90 when comparing components and from 0.63 to 0.90 between items. The ICC showed excellent and good, considering that the values between the components varied between 0.73 to 0.90. Regarding the Spearman's correlation, the measurement of the agreement between the items was significant for the questions investigated, which showed “r” values between 1 and 0.24. Finally, the evaluation of the psychometric properties

was satisfactory and allowed, through the study, to show that the reliability and validity are present and guarantee the ability to measure the instrument.

Keywords: Psychometric Property, Disability, Health Care Network

INTRODUÇÃO

A mudança no perfil epidemiológico tem sido um dos maiores desafios enfrentados pelos sistemas de saúde. O aumento na prevalência das doenças crônicas não transmissíveis vem alterando as necessidades de saúde da população, exigindo dos serviços de saúde uma organização e um cuidado mais resolutivo e equânime, considerando o indivíduo como um ser integral, não mais na perspectiva do cuidado centrado na doença, mas das suas condições como ser individual e autônomo da sua própria saúde. Em 2011¹, as doenças crônicas não transmissíveis corresponderam a 59% das causas de morte do mundo, com uma estimativa de chegar a 78% no ano de 2020. Diante disso, os sistemas de saúde vêm se organizando para enfrentar essa nova realidade².

Os sistemas de saúde integrados em redes garantem maiores respostas sociais a uma dada população, constituindo-se numa estratégia para ampliar o acesso e a redução das desigualdades, estabelecendo coerência entre as necessidades e demandas da população, possibilitando assim a atenção integral para as condições em saúde. O primeiro registro do sistema em rede integrado foi apresentado no Relatório de Dawson publicado em 1920, quando o governo inglês solicitou transformações no sistema de proteção social, pós Primeira Guerra Mundial, almejando integrar as ações de saúde para uma determinada população estabelecida em um território^{3,4}.

No decorrer da história de implantação do SUS, o Brasil passou por três ondas ou fases de regionalização. A primeira delas de 2001 a 2005, foi marcada pela implantação da NOAS 01/02, a qual normatizava a base territorial de planejamento. A segunda fase, de 2006 a 2010, inclui as

regiões negociadas e redes integradas, a partir da criação do Pacto pela Saúde e a criação de espaços deliberativos de gestão como o Colegiado de Gestão Regional (CGR). A terceira, foi a partir de 2011 e apresenta a regionalização contratualizada e o modelo em RAS^{5,6}.

É nesta fase que o Governo Federal consolida a nova perspectiva das RAS a partir da publicação da Portaria 4.279/2010 e do Decreto 7.508/2011. Assim, foram definidas as seguintes redes prioritárias⁷:

1. Rede Cegonha.
2. Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE).
3. Rede de Atenção Psicossocial (RAPS).
4. Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPCD).
5. Rede de Atenção às Condições Crônicas

O modelo em RAS é definido pelo Ministério da Saúde como um conjunto de ações e serviços de saúde, que se diferenciam nas capacidades e densidades tecnológicas e interagem por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, a fim de garantir a integralidade do cuidado. Assim, há em suas características sistema de comunicação entre os pontos de atenção que posiciona a Atenção Primária como o elo comunicador; a garantia da centralidade no cuidado; a responsabilização por uma atenção contínua e integral; o cuidado entre e inter profissionais e o compartilhamento de compromissos e objetivos com resultados voltados a interesses coletivos⁷. Em 2011, Mendes⁸ sistematizou três elementos que orientam o processo de implantação da RAS: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde⁹.

Este estudo se preocupou em analisar e avaliar a RCPCD, que foi implantada em 2012 por meio da Portaria 793 de 25 de maio de 2012¹⁰, motivada por uma demanda da sociedade civil organizada e legitimada pelo novo modelo de saúde, associados aos princípios da integralidade, equidade e descentralização¹¹. Importante ressaltar que aproximadamente um bilhão de pessoas em

todo o mundo declaram ter alguma deficiência, destas, cerca de 200 milhões experimentam dificuldades funcionais consideráveis¹².

Conforme dados do último censo 2010, na amostra de “pessoas com deficiência “evidencia-se que, aproximadamente 61 milhões de brasileiros, o que corresponde a um percentual de 29,43 % da população que auto declaram ter algum tipo de deficiência, considerando os quatro tipos de deficiência: visual, motora, intelectual/mental e auditiva¹³.

Passados sete anos desde sua implantação, e compreendendo que está é uma rede salutar no que tange ao histórico de segregação e estigmas sociais vividos pela população com deficiência no Brasil. Nas políticas públicas de saúde não foi diferente, por anos essas pessoas foram desassistidas ou isoladas em instituições de cunho religioso e assistencialistas.

Considerando que os instrumentos, quando validados, se constituem como ferramentas de avaliação de trabalho que permitem reunir informações qualificadas, confiáveis e eficazes, entende-se que possibilitam aos gestores a tomada de decisões coerentes quanto ao planejamento das ações e serviços de saúde. A avaliação psicométrica de um instrumento de coleta de dados consiste na realização de testes estatísticos a fim de avaliar a qualidade e a credibilidade do instrumento, para isso são utilizados os seguintes requisitos essenciais: confiabilidade e validade^{14, 15,16}.

Nesta perspectiva, surge a necessidade de elaboração de um instrumento que na prática se traduz como uma metodologia de avaliação da RCPCD e que possa servir de orientador aos gestores no processo de implementação desta rede nos territórios e na garantia de políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência.

Desse modo, o presente estudo teve como objetivo avaliar as propriedades psicométricas (confiabilidade e validade) do instrumento que visa avaliar o estágio de desenvolvimento da RCPCD no SUS.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo do tipo transversal observacional.

Caracterização da amostra e delineamento

O estudo foi constituído por 26 gestores municipais e estaduais em todo território nacional, contemplando 11 Unidades da Federação e uma equipe de 5 especialistas ou “experts”. O critério de inclusão da amostra foram gestores ou técnicos da gestão que compunham a RCPCD em nível local, estadual e nível federal; Coordenadores de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e Oficinas Ortopédicas; e especialistas com notório saber na área de reabilitação e nas políticas públicas de saúde da Pessoa com Deficiência.

Os participantes foram convidados a responder o instrumento da pesquisa, por e-mail, telefone e APP de mensagens instantâneas, através de uma mensagem padronizada, contendo um link da plataforma “Google Form.” para acesso ao “Instrumento de Avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (IARCPCD)”. Este instrumento dispôs de 4 documentos:

- 1º. Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE);
- 2º. Formulário de identificação: informações centrais do participante;
- 3º. Informações de Preenchimento das Questões;
- 4º. Questões separadas por componentes: população, APS, Sistemas Logísticos, Sistemas de Apoio, Sistema de Governança e Modelos de Atenção.

Os contatos de telefone e e-mail foram obtidos por meio de planilhas enviadas pelo Ministério da Saúde/CGSPD (Coordenação Geral de Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência), através da lei de acesso à informação (LAI). A pesquisadora entrou em contato por telefone com todos os gestores da região nordeste, bem como enviou convites aleatórios para alguns gestores do

norte e sudeste do Brasil, totalizando 226 gestores contatados. Destes, 28 pessoas responderam os questionários e dois foram excluídos da pesquisa por não completarem as questões do instrumento.

Foi realizada uma revisão bibliográfica, na qual, identificou um instrumento que permite verificar o grau de integração e o estágio de desenvolvimento das RAS, chamado “Questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde”⁸, como também, encontrou-se outro estudo¹⁴ que realiza a adaptação e validação do questionário de Mendes para a Rede de Saúde Bucal. Ambos os instrumentos não abordam especificidades da área da pessoa com deficiência.

Desta forma, utilizando a metodologia de acordo com Paiva e colaboradores¹⁷, este estudo objetivou analisar as propriedades psicométricas do IARCPCD para cada um dos 6 eixos analisados no instrumento. O presente estudo seguiu as etapas¹⁵.

Etapa 1ª Adaptação do Instrumento:

Esta etapa correspondeu ao processo de adaptação do instrumento de pesquisa, conservando os pontos técnico–conceituais dos dois instrumentos (versão original e versão adaptada da RCPCD). A versão adaptada foi construída previamente pela pesquisadora, com auxílio do orientador e sua equipe, considerando sua experiência profissional e expertise na RCPCD. A pesquisadora trabalhou durante 3 anos na Coordenação Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência do Ministério da Saúde e neste período auxiliou na implantação da política no território brasileiro. Para elaboração do instrumento (IARCPCD) foram utilizadas todas as normativas publicadas pelo Ministério da Saúde relacionadas à RCPCD, desde a sua implantação em 2012. Como documentos norteadores e basilares para este processo foram utilizados: Portaria 793/2012, Portaria 835/2012, Instrutivo de Reabilitação da RCPCD, notas técnicas, diretrizes terapêuticas e manuais publicados sobre a RCPCD.

Após a etapa de elaboração, o autor do instrumento original⁸ foi consultado presencialmente e por e-mail sobre a existência de outros grupos de pesquisa desenvolvendo o mesmo trabalho, e este afirmou desconhecer estudos nesta linha de pesquisa, assim como autorizou a adaptação do seu instrumento. Ainda nesta etapa, o instrumento foi analisado por uma equipe de cinco especialistas com expertise a respeito da RCPCD, seguindo metodologicamente as fases: equivalência conceitual, de itens, funcional, operacional, semântica e mensuração. Esta fase possibilitou avaliar se os componentes e as questões do instrumento estavam alinhados às normativas e às necessidades da população a ser estudada.

Os especialistas foram convidados por telefone e, em seguida, foi enviado e-mail com as orientações da pesquisa e da metodologia a ser utilizada para análise, assim como foi enviado o instrumento e o TCLE. Um prazo de 15 dias foi sugerido para devolução dos questionários à pesquisadora. Após o recebimento dos questionários por e-mail, a pesquisadora e um dos especialistas discutiram e analisaram tais contribuições, item a item.

A versão original chamada “Questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde” é composta de 174 questões, já a versão adaptada apresenta 57 questões, sendo 4 opções de resposta para cada item: 0- não existência do que está sendo perguntado; 1- funcionamento básico ou incipiente; 2- funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente; 3- existência em operação de forma ótima.

As fases que mediram a equivalência do constructo se demonstraram satisfatória, para isso a versão adaptada passou por algumas modificações necessárias para se adequar ao formato similar ao original. Itens do questionário foram excluídos, pois não estavam relacionados a RCPCD ou pela complexidade da pergunta, tendo em vista o público alvo. Assim, a versão adaptada seguiu a própria estruturação e pontuação do instrumento original no que se refere aos agrupamentos por domínios, que neste estudo são chamados de “componentes”.

A equivalência conceitual foi analisada considerando os conceitos estabelecidos nas normativas da RCPCD, com o objetivo de alinhar as questões aos princípios e diretrizes da rede, bem como apresentar um efeito similar ao original. A equivalência de itens, a equivalência operacional e a mensuração foram possíveis de estabelecer na fase do pré-teste. A equivalência semântica foi realizada através da consulta aos especialistas.

Pré-Teste: foi realizado em uma pequena amostra com o objetivo de verificar se os itens, as respostas e as orientações eram compreensíveis. Esta etapa foi realizada através da aplicação presencial (entrevista) do instrumento adaptado a um grupo de 4 gestores da RCPCD da região nordeste, considerando uma amostra de conveniência. A pesquisadora realizou algumas orientações e aguardou o término de preenchimento.

Etapa 2ª Avaliação das Propriedades Psicométricas:

Esta etapa seguiu a metodologia utilizada em 2013 por Leal¹⁴. A avaliação das propriedades psicométricas consiste na aplicação de testes estatísticos para avaliar a validade e a confiabilidade do instrumento, na perspectiva de avaliar se o instrumento possui critérios mínimos para ser considerado cientificamente significativo. Segue fluxograma das etapas:

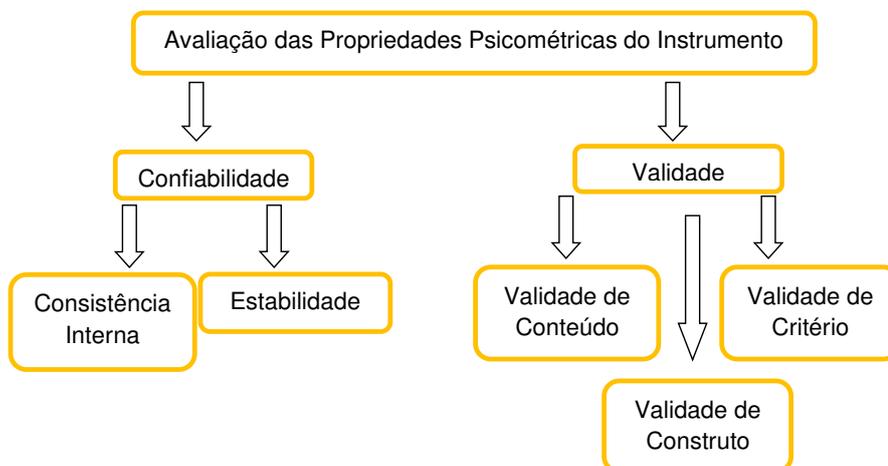


Figura 1: Etapas da Análise das Propriedades Psicométricas

- **Confiabilidade:** este requisito pretende avaliar o grau com o qual o instrumento é livre de erros a partir da avaliação da consistência interna e estabilidade. Assim, um instrumento se demonstra confiável quando é possível garantir resultados semelhantes, quando aplicados em diferentes instantes. Os dados foram analisados por meio do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS for Windows, version 17.0, SPSS Inc, Chicago, IL, USA). A consistência interna (CI) pressupõe que os itens de um mesmo constructo devem se correlacionar. Neste estudo esta análise foi realizada a partir dos itens aglomerados nos componentes, para isso, utilizou-se o cálculo de alfa de Cronbach. Para avaliar a estabilidade foi utilizado o teste-reteste (questionário aplicado em dois diferentes momentos), calculada pelo Coeficiente de Correlação Intra-Classe (CCI). O questionário foi replicado com uma variação de 10 a 15 dias, para os 5 primeiros gestores que responderam a versão final.

- **Validade:** é definida como a capacidade do instrumento medir o que se propõe. Neste estudo foram utilizadas as seguintes medidas de aferição de validade: de conteúdo, critério e constructo. A validade de conteúdo e de critério do instrumento não passou por testes estatísticos, ficando a cargo dos especialistas realizarem tal avaliação, desta forma um comitê de 5 especialistas (pesquisadores e gestores com expertise na RCPCD) analisou o instrumento e sugeriu alterações, readequações, exclusões e mudanças no texto, considerando o padrão ouro (questionário original e diretrizes da RCPCD), o formato, o conteúdo e objetivos dos itens do instrumento. Com relação à validade de constructo, foi avaliado através da correlação de Spearman, utilizando duas perguntas do mesmo componente do instrumento para calcular as correlações.

Análise dos Dados e testes estatísticos:

O coeficiente alpha de Cronbach aceitável na literatura é um alpha acima de 0,70, o que permite o pesquisador afirmar que seu instrumento possui confiabilidade. No entanto equivale a seguinte interpretação:

- Valor ZERO: indica ausência de correlação entre os itens;
- Valor 1,0: representa uma perfeita correlação ente eles.

O Coeficiente de correlação intra-classe (CCI) varia entre 0 e 1. Os valores de referência são:

- $CCI \leq 0,40$ = correlação fraca;
- $0,41 \leq CCI \leq 0,60$ = correlação moderada;
- $0,61 \leq CCI \leq 0,80$ = correlação boa;
- $CCI \geq 0,81$ = correlação excelente.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas através do parecer nº 3.283.269.

RESULTADOS

A amostra foi composta por 26 gestores da rede de cuidados à pessoa com deficiência de onze estados do Brasil, destes 86% são do sexo feminino e 15% do sexo masculino. Quanto à formação na rede, 73% possuem alguma formação sobre o funcionamento da rede e 26% não possuem.

Tabela 1: Distribuição dos Gestores por UF/Gênero

*	Característica	Número	%
UF	AL	2	7,69
	BA	1	3,84
	CE	1	3,84
	DF	7	26,92
	PB	2	7,69
	PE	1	3,84

	RJ	1	3,84
	RN	4	15,38
	SE	5	19,23
	SP	1	3,84
	TO	1	3,84
Total		26	100%
Gênero	Feminino	22	84,61
	Masculino	4	15,38
Total		26	100%
Possui formação sobre o funcionamento da RCPCD?	SIM	19	73,07
	NÃO	7	26,92
Total		26	100%
Tempo de Experiência na RCPCD	1 a 3 ANOS	10	38,46
	4 a 6 ANOS	7	26,92
	7 a 9 ANOS	4	15,38
	Acima de 10	5	19,23
Total		26	

Foram realizados testes estatísticos e observou-se a credibilidade do instrumento através da avaliação da confiabilidade e validade do mesmo.

Confiabilidade: foi avaliado através da Consistência Interna e da Estabilidade.

- **Consistência Interna:** Os valores de consistência interna foram avaliados através do coeficiente alfa de Cronbach, que visa verificar a homogeneidade do Instrumento. Assim, o alpha de cronbach calculado considerou os 26 examinadores e demonstrou-se satisfatório: 0,90 para o escore total; 0,73 a 0,90 quando comparamos os componentes e de 0,63 a 0,90 entre os itens. Os valores de alpha de Cronbach considerados significativos representam valor acima de 0,75, evidenciando que todos os itens que compõe o instrumento se relacionam.

- **Estabilidade:** Avaliada através do teste-reteste, foi determinada pelo cálculo do coeficiente de correlação intraclasse (CCI), utilizada com 5 respondentes (intra – examinador). A verificação da estabilidade tem como objetivo analisar se o instrumento produz, consistentemente, resultados similares quando aplicado no mesmo indivíduo, em diferentes instantes de tempo, sem

que tenha ocorrido mudança alguma para os respondentes. O valor de CCI demonstrou excelente e bom, considerado os valores estabelecidos na literatura: excelente se for maior que 0,74, bom se estiver de 0,60 a 0,74 e razoável se abranger de 0,40 a 0,59.

Tabela 2: Resultado da análise de confiabilidade do Instrumento e dos domínios

Eixo	Total item	Alfa de Cronbach	CCI (IC 95%)
População	8	0.9	0.83 (0.57-0.96)
Atenção Primária	8	0.89	0.77 (0.43-0.94)
Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários	12	0.89	0.87 (0.72-0.95)
Sistema de Apoio	5	0.78	0.85 (0.53-0.98)
Sistemas Logísticos	7	0.73	0.93 (0.83-0.98)
Sistema de Governança	8	0.86	0.80 (0.50-0.95)
Modelo de Atenção à Saúde	9	0.89	0.73 (0.36-0.93)

Validade: foram avaliadas as validades de conteúdo, critério e constructo, a fim de medir a capacidade do instrumento medir exatamente o que se propõe.

- Validade de Conteúdo e Critério: das 174 questões do Instrumento original foram mantidas e adaptadas 57.

Tabela 3: Distribuição das questões por componente

Componente	Número de Questões
População	8
Atenção Primária	8
Pontos de Atenção á Saúde Secundários e Terciários	12
Sistema de Apoio	5
Sistema Logístico	7

Sistema de Governança	8
Modelo de Atenção à Saúde	9
Total	57

- Validade de Constructo: a correlação de Spearman foi relevante para as questões entre os componentes investigados. A mensuração das concordâncias entre os itens demonstrou valores de “r” entre 1 e 0,24. Quando comparados duas questões escolhidas aleatoriamente entre os componentes, o “r” variou entre 0,56 e 0,75 demonstrando significância estatística relevante.

Tabela 4: Correlação entre duas questões de um mesmo domínio.

Eixo	Questões	R	Valor p
População	Q1 e Q2	0,75	<0,001
Atenção Primária	Q9 e Q12	0,69	<0,001
Pontos de Atenção à Saúde Secundária e Terciária	Q17 e Q25	0,57	0,003
Sistema de Apoio	Q32 e Q33	0,67	<0,001
Sistemas Logísticos	Q38 e Q39	0,74	<0,001
Sistema de Governança	Q44 e Q45	0,65	<0,001
Modelo de Atenção à Saúde	Q52 e Q54	0,56	0,003

DISCUSSÃO

O instrumento de avaliação proposto pelo estudo se traduz como uma inovação, quando considera a Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência, uma vez que as evidências científicas encontradas para validação e adaptação de instrumentos se concentram na clínica psicológica e na tradução de instrumentos oriundos de outra língua. No entanto, esse estudo focou em um instrumento de língua portuguesa e foi adaptado para uma rede específica¹⁶.

São de grande importância para gestão em saúde pública a padronização de instrumentos que visam à avaliação e ao monitoramento das políticas públicas, uma vez que proporcionam uma nova reorganização nos processos de trabalho e permitem ao gestor público comparar dados em diferentes momentos de implantação da política ou programa de governo, possibilitando assim uma

avaliação com maior equidade, quando utilizado o mesmo método de análise. Compreende-se que o processo de adaptação de um instrumento partindo de um já existente possui vantagens importantes quando comparado ao processo de elaboração de um novo instrumento^{14, 18,15}

Assim, o estudo se preocupou em produzir um instrumento capaz de oferecer aos gestores uma matriz de avaliação da RCPCD. Esse instrumento poderá ser capaz de avaliar e identificar as necessidades da RCPCD, bem como avaliar o modelo de atenção estabelecido nos serviços e pontos de atenção desta rede, a fim de garantir serviços e ações que visam o cuidado integral e equânime da população com deficiência. Nesta perspectiva, considerou importante a realização da adaptação de um instrumento que avalie os estágios de desenvolvimento da rede.

A adaptação de instrumentos se configura em uma tarefa complexa, que exige cautela metodológica, planejamento e rigor com relação às propriedades psicométricas, coerência no seu conteúdo e validade para a população a qual se destina, assim como é necessário comprovar evidências nas equivalências semânticas dos itens, comparados aos do instrumento original¹⁸. Nesta perspectiva é que o estudo se preocupou em manter os componentes do questionário original, buscando apenas reduzir as questões¹⁸

Segundo Paiva e colaboradores (2018) in Estrela 2018¹⁵, os processos para validação do instrumento envolvem 3 etapas: a tradução, a adaptação e a avaliação psicométrica (validade e confiabilidade). Para esses autores, o uso de um instrumento validado possui um grau de confiança para a avaliação das políticas estruturantes em saúde. No presente estudo priorizamos a avaliação das propriedades psicométricas do instrumento, que foi adaptado para avaliar o estágio de desenvolvimento da RCPCD. Conforme preconizam os autores, para a avaliação psicométrica são utilizados testes estatísticos para análise das propriedades que definirão se o instrumento é considerado legítimo e reconhecido cientificamente¹⁵.

No processo de adaptação foram utilizados os aspectos referentes à equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional, de mensuração e funcional. Ambas as equivalências seguiram os estudos de Reichenheim¹⁹, o qual tem como objetivo elaborar um método operativo para avaliar o processo de adaptação de um instrumento adaptado. Desta forma, o presente instrumento manteve os componentes do instrumento original e as questões que fazem interface com os princípios da RCPCD. As modificações propostas pelo grupo de especialistas seguiram os seguintes critérios de análise:

- A pertinência dos itens e dos elementos à luz de uma revisão bibliográfica;
- Garantir as questões adaptadas à manutenção do sentido;
- Garantir os conceitos contidos no instrumento original e nos princípios e diretrizes da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência;
- Se os termos ou as expressões utilizadas podem ser generalizados para diferentes contextos regionais.

Ao analisarmos a estabilidade do instrumento, foi utilizado o teste-reteste a partir da aplicação do CCI para os componentes. O valor variou entre excelente e bom, considerando o instrumento consistente que possui resultados semelhantes ao ser aplicado duas vezes no mesmo indivíduo em diferentes momentos. Observando que não houve mudanças significativas, fica evidente que o instrumento demonstra ótima estabilidade, considerando o escore total e nos componentes. Alguns estudos corroboraram com a pesquisa^{14, 23}.

Para avaliação da validade do constructo foi utilizado a correlação de Spearman entre duas perguntas de cada componente, representando significância para todos. As questões (Q) foram escolhidas aleatoriamente a fim de comparar as medidas dentro de um mesmo componente:

- No componente “População”: foram analisadas as questões, Q1 (Há uma população claramente definida e caracterizada por perfil demográfico sob responsabilidade da Rede de

Cuidado à Pessoa com Deficiência?) e Q2 (Há uma clara definição das necessidades de saúde dessa população de pessoas com deficiência?). Ao compararmos duas perguntas, estas se relacionam positivamente e estão aptas a oferecer resultados coerentes dentro do mesmo componente, considerando que um dos princípios do modelo em Rede é conhecer sua população adscrita.

- No componente “Atenção Primária”: foram analisadas as questões, Q9 (A equipe da Atenção Primária em Saúde (APS) tem entendimento sobre seu papel na responsabilização pela população de pessoas com deficiência?) e Q12 (A APS está adequadamente organizada para prestar cuidados às pessoas com deficiência: implantação de estratégias de acolhimento e classificação de risco; análise de vulnerabilidade; e acessibilidade?). As perguntas se demonstraram correlação e avaliam a mesma medida. Conforme o modelo em Rede, preconizado pelo Ministério da Saúde, a Atenção Primária é a ordenadora e coordenadora do cuidado integral, por isso a importância de avaliar este componente.

- No componente “Pontos de Atenção à Saúde Secundária e Terciária”: foram analisadas as questões Q17 [No desenho da RCPCD há articulação entre os pontos de atenção dos componentes da atenção primária (básica), secundária (especializada) e terciária (hospitalar)?] e Q25 (Os serviços de reabilitação realizam atendimento individual e em grupo de acordo com as necessidades de cada usuário e suas dificuldades específicas?). A correlação entre as perguntas para este componente se apresentou significativa, na medida em que, ambas analisam um dos princípios basilares da RCPCD, que é a articulação entre os pontos de atenção e o atendimento multidisciplinar, a fim de garantir a integralidade do cuidado para as pessoas com deficiência.

- No componente “Sistema de Apoio”: foram analisadas as questões Q31 (Há sistema estruturado de exames e análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para os pontos de atenção que compõe a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência com priorização das pessoas com deficiência?) e Q33 (A RCPCD garante o acesso a

insumos para os usuários com deficiência: fraldas, bolsas de colostomia, materiais para autocuidado, prevenção e tratamento de úlceras de pressão?). Há correlação significativa entre as perguntas, evidenciando que estas correspondem à dimensão analisada, bem como considera aspectos importantes do sistema de apoio da rede. Os itens acima representados estão previstos nas normativas legais que compõe a RCPCD.

- No componente “Sistemas Logísticos”: foram analisadas as questões Q38 (A regulação em saúde está articulada de forma a garantir integralidade do cuidado, acesso e apoio qualificado às necessidades de saúde das pessoas com deficiência?) e Q 39 (Os Centros Especializados em Reabilitação (CERs) utilizam as diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos para organização de fluxos dos usuários nos serviços?). As questões representadas neste item se correlacionam, uma vez que dizem respeito ao componente transversal da rede que é a regulação de acesso aos serviços de saúde voltados a população com deficiência. Desta forma, as perguntas se correlacionam diretamente ao componente e a viabilidade técnica para implementação da RCPCD.

- No componente “Sistemas de Governança”: foram analisadas as questões Q44 (Há modelo de contratualização dos pontos de atenção por meio de prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos) que tenha como princípio os objetivos da RCPCD?) e Q 45 (As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da RCPCD?). Para este componente a correlação também se apresenta positiva e coerente aos princípios e diretrizes da rede.

- No componente “Modelos de Atenção à Saúde”: foram analisadas as questões Q52 (As ações de autocuidado apoiado objetivam empoderar as pessoas com deficiência usuárias da RCPCD?) e Q54 (Há um plano de cuidado elaborado para cada pessoa com deficiência a partir das necessidades em saúde?). Este componente é um dos mais importantes, pois avalia o modelo de atenção em que a RCPCD se expressa nos territórios diversos.

CONSIDERAÇÃO FINAL

A avaliação das propriedades psicométricas foi satisfatória e permitiu evidenciar que a confiabilidade e validade estão presentes e garantem a capacidade de aferição do instrumento. Desta forma, o instrumento se apresenta como eficaz e confiável para avaliação do desempenho do estágio de desenvolvimento da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e se configura como um instrumento fundamental para a condução e continuidade de pesquisas no âmbito da qualidade da rede.

O instrumento adaptado para Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência auxiliará aos gestores na tomada de decisão, na avaliação, assim como permitirá ao gestor conhecer o estágio de desenvolvimento da rede em seu município/estado ou região de saúde, possibilitando assim que o gestor insira esta rede no planejamento das ações da secretaria de saúde, em busca de medidas efetivas para garantir a saúde efetiva e resolutive das pessoas com deficiência.

Além disso, o material produzido (instrumento) garante ser indutor e orientador de reflexões, que poderão auxiliar a qualificação dos processos de trabalho das equipes, oferecendo uma matriz guia para qualificação da RCPCD nos territórios. No entanto, foi possível observar limitações no estudo. Dentre as quais o número reduzido da amostra, sugerindo assim a repetição ou continuidade do estudo com abordagens presenciais.

REFERÊNCIAS

1. Organização Mundial da Saúde (OMS)
2. Rodrigues LBB, Leite AC, Yamamura M, Deon KC, Arcêncio RA. Coordenação das redes de atenção à saúde pela atenção primária: validação semântica de um instrumento adaptado. *Cadernos de Saúde Pública* 2014; 30:1385-1390.

3. Kuschnir R, Chorny AH. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. *Ciência & Saúde Coletiva* 2010; 15:2307-2316.
4. Leal DL, Paiva SM, Werneck MAF, Oliveira ACBD. Adaptação da versão saúde bucal do instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 2014; 30:1341-1347.
5. Silva SFD. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva* 2011; 16: 2753-2762.
6. Albuquerque MVD, Viana ALDÁ. (2015). Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. *Saúde em debate* 2015; 39:28-38.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). *Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Portaria n. 4. 279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União. 2010 Dez 31; Seção 1, p. 88
8. Mendes EV. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
9. Brasil. Ministério da Saúde (MS) *Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS*. Brasília: MS; 2014.
10. Brasil. Ministério da Saúde. *Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Portaria n. 793 de 24 de abril de 2012. Diário Oficial da União. 2012 Abr 25; Seção 1, p. 80.
11. Campos MF, Souza LADP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 2015;19,207-210.
12. World Health Organization. The World Bank. World report on disability. Geneva: WHO; 2011 [acesso em 2018 out 2]. Disponível em: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
13. IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010. Resultado amostra de pessoas com deficiência Censo – 2010. <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/3425>
14. Leal DL. *Propriedades psicométricas do instrumento de diagnóstico do estágio de desenvolvimento da rede de atenção à saúde bucal* [dissertação]. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia; 2013
15. Estrela C. *Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa*. Porto Alegre: Artes Médicas (Grupo A); 2018
16. Cassepp-Borges V, Balbinotti MA, Teodoro ML. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. *Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas* 2010;506-520.
17. Paiva SM, Firmino RT; Abreu LG. Validação de Instrumentos para a pesquisa odontológica. In: Estrela C. *Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa*. Porto Alegre: Artes Médicas (Grupo A); 2018. cap. 20, p. 315-321.

18. Borsa JC, Damásio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia (Ribeirão Preto)* 2012; 22(53): 423-432.
19. Reichenheim ME, Moraes CL. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. *Revista de Saúde Pública* 2007; 41:665-673.
20. Almeida D, Santos MARD, Costa AFB. Aplicação do coeficiente alfa de Cronbach nos resultados de um questionário para avaliação de desempenho da saúde pública. *XXX Encontro Nacional de Engenharia de Produção* 2010; 15:1-12.
21. Castillo C, Macrini L, Cheniaux E, Landeira-Fernandez J. Psychometric properties and latent structure of the Portuguese version of the Penn State Worry Questionnaire. *The Spanish journal of psychology* 2010; 13(1):431-443.
22. Costa ED. *Desenvolvimento e validação de um instrumento de avaliação das práticas de controle de infecção em Radiologia Odontológica*. [dissertação]. São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Odontologia de Piracicaba; 2015.
23. Coluci MZO. *Desenvolvimento e validação de um questionário para avaliação de riscos para sintomas osteomusculares relacionados à enfermagem* [tese] São Paulo: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas; 2012.

3 CONCLUSÃO

O estudo é considerado inovador, uma vez que se refere a um tema novo para Rede da Pessoa com Deficiência. Mesmo sendo um estudo piloto, foi possível avaliar a rede em onze estados e caracterizar os estágios de desenvolvimento da RCPCD a partir da escala de interpretação adaptada. Assim, o instrumento se demonstrou significativo para o que se propõe, tendo em vista seu objetivo de avaliar o estágio de desenvolvimento da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no Brasil. Os resultados deste estudo piloto demonstraram que o estágio de desenvolvimento da RCPCD encontra-se entre uma básica capacidade para operar a rede, e que a mesma se encontra incipiente na maioria dos estados analisados.

Além disso, com os resultados de cada questão é possível fazer uma análise qualitativa com o valor dos escores, selecionando os inferiores a 3, possibilitando uma avaliação capaz de conformar um plano operativo de desenvolvimento institucional para Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Sugere-se que o estudo seja complementado a fim de superar limitações e dificuldades encontradas, para que os resultados possam subsidiar políticas públicas voltadas a superar da fragmentação do cuidado nos sistemas universais de saúde, principalmente nos obstáculos encontrados no âmbito da Rede da Pessoa com Deficiência.

REFERENCIAS

Arruda C, Lopes SGR, Koerich MHADL, Winck DR, Meirelles BHS, Mello ALSFD. Redes de atenção à saúde sob a luz da teoria da complexidade. Esc. Anna Nery Rev. Enferm. 2015;169-173.

Brasil. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria n. 4. 279, de 30 de dezembro de 2010. Diário Oficial da União. 2010 Dez 31; Seção 1, p. 88.

Brasil. Ministério da Saúde. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Portaria n. 793 de 24 de abril de 2012. Diário Oficial da União. 2012 Abr 25; Seção 1, p. 80.

Campos MF, Souza LADP, Mendes VLF. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. Interface-Comunicação, Saúde, Educação. 2015;19,207-210.

Campos MF. Fonoaudiologia na Rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2015 [acesso 2019 jul 19]. Disponível em: <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/12022>

Estrela C. Metodologia Científica: Ciência, Ensino, Pesquisa. Porto Alegre: Artes Médicas (Grupo A); 2018.

Lima LDD, Viana ALDÁ, Machado CV, Albuquerque MVD, Oliveira RGD, Iozzi FL, Coelho APS. Regionalização e acesso à saúde nos estados brasileiros: condicionantes históricos e político-institucionais. Ciência & Saúde Coletiva. 2012;17,2881-2892.

Machado CV, Baptista, TWF, de Lima LD. Políticas de saúde no Brasil: continuidades e mudanças. Rio de Janeiro: SciELO-Editora FIOCRUZ; 2012.

Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.

Mendes VÁP. Estudo sobre o planejamento regional nos estados brasileiros. [dissertação]. Brasília: Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília; 2016. [acesso 2019 ago 12]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.26512/2016.03.D.20958>

Pereira AC, Bulgareli JV, Testoni G, Cavalcante DFB. Guia Prático da Gestão Pública em Saúde. São Paulo: ADM Gestão em Educação e Saúde; 2017.

Saliba NA, Garbin CAS, Gonçalves PE, Santos JG, de Souza NP, Moimaz SAS. Plano municipal de saúde: análise do instrumento de gestão. Bioscience Journal. 2013;224-230.

Silva HP, Mota PHS. Regionalização da Saúde e Integração dos Serviços: Evidências Sobre o Atual Estágio de Conformação das Regiões e Redes de Atenção à Saúde na Perspectiva dos Municípios Brasileiros. Novos Caminhos [internet] 2015; [acesso 2019 set 15] 11. Disponível em: <http://www.resbr.net.br/novos-caminhos/#.XdqLe9V7nIU>

ANEXOS

Anexo 1 - Certificado do Comitê de Ética em Pesquisa da FOP UNICAMP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Adaptação e Validação de Questionário para Avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

Pesquisador: KYZZE CORREIA FONTES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 10005319.4.0000.5418

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia de Piracicaba - Unicamp

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.283.269

Apresentação do Projeto:

Transcrição editada do conteúdo do registro do protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil

Delineamento da pesquisa: Trata-se de estudo transversal observacional, em quatro etapas, envolvendo a adaptação de um questionário para coleta de dados. Serão envolvidos na pesquisa 5 especialistas experts e 209 gestores da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no SUS. Deverão participar da pesquisa os seguintes sujeitos: - 5 Especialistas "experts" convidados, com notório saber na área da pessoa com deficiência no âmbito do SUS, com conhecimento específico acerca do conteúdo avaliado pelo instrumento; - De 304 Gestores da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS serão selecionados aleatoriamente 209. O tamanho amostral foi calculado a partir de uma constante 0.5, intervalo de confiança 99% e a margem de erro de 5%. Instrumento de coleta O questionário original recebe o nome de "Questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde" possui 174 itens divididos em 7 componentes. Delineamentos do Estudo e Coleta de Dados A pesquisa será realizada em 4 etapas, a saber: 1) Equivalência conceitual 2) Equivalência de itens 3) Equivalência semântica 4) Aplicação do questionário. Critérios de inclusão: Farão parte da pesquisa os indivíduos que concordarem em participar do estudo. Os gestores devem ser Coordenadores de serviços reconhecidos pela Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS ou Coordenadores da Rede em nível local, estadual e

A

Endereço: Av. Limeira 901 Caixa Postal 52
 Bairro: Areião CEP: 13.414-903
 UF: SP Município: PIRACICABA
 Telefone: (19)2106-5349 Fax: (19)2106-5349 E-mail: cep@fop.unicamp.br

Anexo 2- Verificação de originalidade e prevenção de plágio

VALIDAÇÃO DE INSTRUMENTO PARA AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA (RCPCD) NO ÂMBITO DO SUS.

RELATÓRIO DE ORIGINALIDADE

22% ÍNDICE DE SEMELHANÇA	20% FONTES DA INTERNET	13% PUBLICAÇÕES	10% DOCUMENTOS DOS ALUNOS
------------------------------------	----------------------------------	---------------------------	-------------------------------------

FONTES PRIMÁRIAS

1	www.bibliotecadigital.ufmg.br Fonte da Internet	5%
2	cebes.org.br Fonte da Internet	2%
3	ares.unasus.gov.br Fonte da Internet	1%
4	www.oiapss.org	1

^

Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNICAMPTERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
Número do CAAE: 10005319.4.0000.5418**APRESENTAÇÃO DA PESQUISA:**

Estamos lhe convidando a participar como voluntário da pesquisa “**Adaptação e Validação de**

Questionário para avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência”. Essa pesquisa é realizada pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba Unicamp, sob minha responsabilidade Kyzze Correia Fontes.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, serve para assegurar seus direitos como participantes e é feito em duas vias, uma que ficará com você e outra que ficará comigo (pesquisadora).

Por favor, leia com calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se você tiver perguntas antes ou mesmo depois de assinar o Termo, você poderá esclarecê-las comigo (pesquisadora). Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Você não terá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se não quiser participar ou se retirar sua autorização em qualquer momento, mesmo depois de iniciar a pesquisa. Sua participação é de extrema importância para discutir os avanços das políticas públicas em saúde para às pessoas com deficiência, assim como o avanço das discussões no campo da reabilitação.

INFORMACÕES SOBRE A PESQUISA:

Objetivos: Nosso objetivo com essa pesquisa é adaptar e validar um questionário para avaliar o estágio de desenvolvimento da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

Procedimentos e metodologias: Participando da pesquisa você está sendo convidado a responder um questionário sobre o desenvolvimento da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no seu município ou estado. Você poderá responder as questões de forma online por meio de um questionário estruturado na plataforma do Google Form.

Desconfortos e riscos previstos: Não existem desconfortos ou riscos previstos, mas você poderá sentir desconforto emocional decorrente das questões que podem vir a aparecer na leitura, uma vez que pode disparar sentimentos pessoais ou confidenciais. A pesquisa demanda de um tempo para a realização da pesquisa, poderá gerar desconfortos por atrapalhar sua rotina.

Benefícios: Você não terá benefícios pela participação como voluntário.

Acompanhamento e assistência: Você será esclarecido antes, por contato telefônico, durante e após a pesquisa por mim, Kyzze Correia Fontes, e poderá entrar em contato se sentir necessário nos endereços e telefones descritos abaixo.

Forma de contato com os pesquisadores: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: Kyzze Correia Fontes, residente na Rua Diácono Atanázio

A. dos Reis, 113, CEP:49045780, Bairro Luzia, Aracaju-SE, Tel: 61 983696619, kyzze_fontes@hotmail.com e Antônio Carlos Pereira, End: Av Limeira, 901 cx postal 52. 13914903 Piracicaba – SP. Tel: 19 21065200 E-mail: apereira111@gmail.com

Forma de contato com Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, protegendo os participantes em seus direito e dignidade. **Em caso de dúvidas, denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre seus direitos como participante da pesquisa, entre em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP:** Av Limeira 901, FOP-Unicamp, CEP 13414-903, Piracicaba – SP. Fone/Fax 19-2106.5349, e-mail cep@fop.unicamp.br e Web Page www.fop.unicamp.br/cep. Caso deseje você terá acesso aos resultados finais ou preliminares da pesquisa, naquilo que for específico à você.

GARANTIAS AOS PARTICIPANTES:

Esclarecimentos: Você será informado e esclarecido sobre os aspectos relevantes da pesquisa, antes, durante e depois da pesquisa, mesmo se esta informação causar sua recusa na participação ou sua saída da pesquisa.

Direito de recusa a participar e direito de retirada do consentimento: Você tem o direito de se recusar a participar da pesquisa e de desistir e retirar o seu consentimento em qualquer momento da pesquisa sem que isso traga qualquer penalidade ou represálias de qualquer natureza e sem que haja prejuízo ao seu tratamento iniciado ou por iniciar.

Sigilo e privacidade: O questionário deverá ser respondido individualmente. O relatório final será produzido por pesquisadores e será emitido um número, chamado score, o que garantirá que as suas respostas não serão publicadas e nem divulgadas. Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e as informações obtidas durante a pesquisa só serão acessadas pelos

pesquisadores. O relatório final do estudo será disponibilizado a todos quando o trabalho for concluído, inclusive em apresentações de congressos e publicações em revistas científicas, porém resguardando o sigilo e não identificando os participantes.

Ressarcimento: Não há previsão de ressarcimento, pois a participação na pesquisa não lhe causará gastos.

Indenização e medidas de reparação: Não há previsão de indenização ou de medidas de reparo, pois não há previsão de risco ou de dano pela participação na pesquisa, mas você tem o direito de buscar indenização e reparação se se sentir prejudicado pela participação na pesquisa.

Entrega de via do TCLE: O processo de obtenção do consentimento ético ocorrerá por meio eletrônico. Você receberá uma via deste termo assinada e rubricada por mim (pesquisadora) por via eletrônica (e-mail). Oriente-se que você leia com atenção o documento, imprima, assine e envie no modelo PDF para o mesmo e-mail que recebeu o termo.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e desconfortos que esta pode acarretar, aceito participar e declaro ter recebido uma via original deste documento rubricada em todas as folhas e assinada ao final, pelo pesquisador e por mim:

Nome do (a) participante:

Contato telefônico:

_____ e-mail

(opcional): _____

_____ Data:

____/____/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

_____ Data:

_____/_____/_____. (Assinatura do Pesquisador)

Anexo 4 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido participante “Expert”

**FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE PIRACICABA
UNICAMP**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
Número do CAAE: 10005319.4.0000.5418**



APRESENTAÇÃO DA PESQUISA:

Estamos lhe convidando a participar como voluntário, na condição de especialistas “experts” da pesquisa “**Adaptação e Validação de Questionário para avaliação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**”. Essa pesquisa é realizada pela Faculdade de Odontologia de Piracicaba Unicamp, sob minha responsabilidade Kyzze Correia Fontes.

Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, serve para assegurar seus direitos como participantes na condição de especialista “expert” e é feito em duas vias, uma que ficará com você e outra que ficará comigo (pesquisadora).

Por favor, leia com calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se você tiver perguntas antes ou mesmo depois de assinar o Termo, você poderá esclarecê-las comigo (pesquisadora). Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Você não terá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se não quiser participar ou se retirar sua autorização em qualquer momento, mesmo depois de iniciar a pesquisa. Sua participação é de extrema importância para discutir os avanços das políticas públicas em saúde para às pessoas com deficiência, assim como o avanço das discussões no campo da reabilitação.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Objetivos: Nosso objetivo com essa pesquisa é adaptar e validar um questionário para avaliar quais os estágios de desenvolvimentos da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

Procedimentos e metodologias: Participando da pesquisa você está sendo convidado a contribuir com a etapa de validação dos itens (questões) do questionário adaptado denominado

“INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM

DEFICIÊNCIA”, conforme as orientações que serão realizadas por contato telefônico e descritas por e-mail. Você poderá responder as questões de forma online, por meio de uma planilha Excel que será disponibilizada no seu e-mail.

Desconfortos e riscos previstos: Não existem desconfortos ou riscos previstos, mas você poderá sentir desconforto emocional decorrente das questões que podem vir a aparecer na leitura, uma vez que pode disparar sentimentos pessoais ou confidenciais. A pesquisa demanda um tempo para a realização da pesquisa, pois poderá gerar desconfortos por atrapalhar sua rotina.

Benefícios: Você não terá benefícios pela participação como voluntário.

Acompanhamento e assistência: Você será esclarecido antes, por contato telefônico, durante e após a pesquisa por mim, Kyzze Correia Fontes, e poderá entrar em contato se sentir necessário nos endereços e telefones descritos abaixo.

Forma de contato com os pesquisadores: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com os pesquisadores: Kyzze Correia Fontes, residente na Rua Diácono Atanázio

A. dos Reis, 113, CEP:49045780, Bairro Luzia, Aracaju-SE, Tel: 61 983696619, kyzze_fontes@hotmail.com e Antônio Carlos Pereira, End: Av Limeira, 901 cx postal 52. 13914903 Piracicaba – SP. Tel: 19 21065200 E-mail: apereira111@gmail.com

Forma de contato com Comitê de Ética em Pesquisa (CEP): O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos das pesquisas envolvendo seres humanos, protegendo os participantes em seus direito e dignidade. **Em caso de dúvidas, denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre seus direitos como participante da pesquisa, entre em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP:** Av Limeira 901, FOP-Unicamp, CEP 13414-903, Piracicaba – SP. Fone/Fax 19-2106.5349, e-mail cep@fop.unicamp.br e Web Page www.fop.unicamp.br/cep. Caso deseje você terá acesso aos resultados finais ou preliminares da pesquisa, naquilo que for específico à você.

GARANTIAS AOS PARTICIPANTES:

Esclarecimentos: Você será informado e esclarecido sobre os aspectos relevantes da pesquisa, antes, durante e depois da pesquisa, mesmo se esta informação causar sua recusa na participação ou sua saída da pesquisa.

Direito de recusa a participar e direito de retirada do consentimento: Você tem o direito de se recusar a participar da pesquisa e de desistir e retirar o seu consentimento em

qualquer momento da pesquisa sem que isso traga qualquer penalidade ou represálias de qualquer natureza e sem que haja prejuízo ao seu tratamento iniciado ou por iniciar.

Sigilo e privacidade: As questões deverão ser respondidas individualmente. O relatório final será produzido por pesquisadores e será emitido um número, chamado score, o que garantirá que as suas respostas não serão publicadas e nem divulgadas. Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e as informações obtidas durante a pesquisa só serão acessadas pelos pesquisadores. O relatório final do estudo será disponibilizado a todos quando o trabalho for concluído.

Ressarcimento: Não há previsão de ressarcimento, pois a participação na pesquisa não lhe causará gastos.

Indenização e medidas de reparação: Não há previsão de indenização ou de medidas de reparo, pois não há previsão de risco ou de dano pela participação na pesquisa, mas você tem o direito de buscar indenização e reparação se sentir prejudicado pela participação na pesquisa.

Entrega de via do TCLE: O processo de obtenção do consentimento ético ocorrerá por meio eletrônico. Você receberá uma via deste termo assinada e rubricada por mim (pesquisadora) por via eletrônica (e-mail). Oriente-se que você leia com atenção o documento, imprima, assine e envie no modelo PDF para o mesmo e-mail que recebeu o termo.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:

Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e desconfortos que esta pode acarretar, aceito participar e declaro ter recebido uma via original deste documento rubricada em todas as folhas e assinada ao final, pelo pesquisador e por mim:

Nome do (a) participante:

_____ Contato telefônico:
 _____ e-mail

(opcional): _____

_____ Data:
 ____/____/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

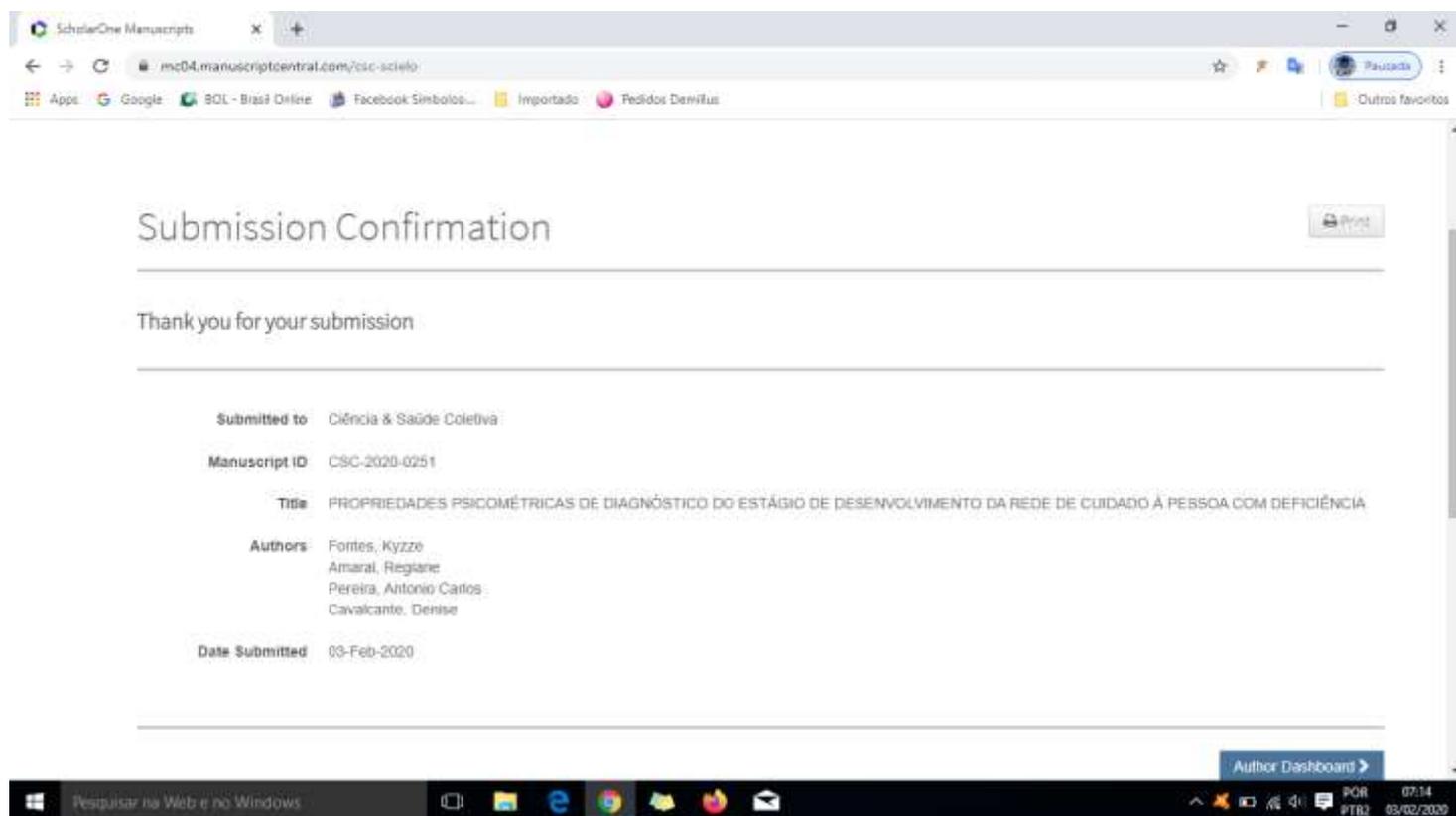
Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Data:

____/____/____. Kyzze Correia Fontes

Anexo 5 - Submissão do Artigo



ScholarOne Manuscripts

mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo

Print

Submission Confirmation

Thank you for your submission

Submitted to Ciência & Saúde Coletiva

Manuscript ID CSC-2020-0251

Title PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DE DIAGNÓSTICO DO ESTÁGIO DE DESENVOLVIMENTO DA REDE DE CUIDADO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Authors Fontes, Kyzze
Amaral, Regiane
Pereira, Antonio Carlos
Cavalcante, Denise

Date Submitted 03-Feb-2020

Author Dashboard

Pesquisar na Web e no Windows

07:14
POR
PTB2
03/02/2020

Anexo 6 - Protocolo da Lei de Acesso a Informação

The screenshot shows an Outlook web interface with the following elements:

- Address Bar:** outlook.live.com/mail/0/search/...
- Page Title:** lei de acesso
- Navigation Bar:** Nova mensagem, Responder, Excluir, Arquivar, Lixo Eletrônico, Mover para, Categorizar.
- Left Sidebar (Pastas):** Favoritos, Caixa de Entr... (356), Lixo Eletrônico (44), Rascunhos (235), Itens Enviados, Itens Excluídos (332), Arquivo Morto, Anotações, Histórico de Conv...
- Message Header:** [Sistema Acesso a Informação] - [25820.002838/2019-23] - Pedido Respondido
- Sender:** nao-responder.esic@cgu.gov.br, Seg 29/04/2019 16:01
- Body Text:**

Prezado(a) Senhor(a),

Seu pedido de informação, número de protocolo [25820.002838/2019-23](#) foi analisado e teve resposta na data de 29/04/2019 15:01.

Para consultar a resposta, clique o cursor no número do protocolo informado anteriormente. Poderá ser exigido o usuário e senha para ter acesso ao sistema.

A resposta também poderá ser consultada através da opção do menu do sistema "Consultar Pedido".

No caso de indeferimento de acesso a informação, poderá ser interposto recurso no sistema no prazo de 10 (dez) dias, conforme disposto no parágrafo único do art. 15 da Lei nº 12.527/2011.

Importante: Caso esse pedido tenha sido registrado presencialmente (via balcão do SIC), será necessário ir novamente ao local de registro para receber a resposta. Todos os outros procedimentos, tais como interposição de recursos e reclamação, também deverão ser feitos pessoalmente.

Visite o site para obter maiores informações.

Agradecemos o contato!

Esta mensagem, incluindo quaisquer anexos, é de acesso restrito e destina-se, exclusivamente, à pessoa ou entidade para a qual foi endereçada. Se você a recebeu indevidamente, por favor, elimine-a e informe o equívoco ao emitente imediatamente. O uso não autorizado do conteúdo da mensagem ou anexos é proibido e sujeita o infrator às penalidades cabíveis.

Anexo 7 - Questionário de Avaliação das Redes de Atenção à Saúde (Original)

AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
POPULAÇÃO	1. Há uma população claramente definida sob responsabilidade da RAS?	
	2. Há uma clara definição das necessidades de saúde dessa população?	
	3. A estrutura operacional da RAS é formatada em função dessas necessidades?	
	4. Há um processo de territorialização da RAS?	
	5. A RAS dispõe de um Plano Diretor de Regionalização?	
	6. O Plano Diretor de Regionalização, na sua estruturação, incorporou os princípios de contiguidade territorial, subsidiariedade econômica e social, economia de escala, relações entre escala e qualidade, identidade cultural, fluxos viários, fluxos assistenciais e acesso?	
	7. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde secundários?	
	8. Estão identificados os territórios sanitários com escala adequada para a oferta dos pontos de atenção à saúde terciários?	
	9. A população de responsabilidade da RAS está toda adscrita a uma unidade de APS ou a uma equipe de PSF?	
	10. A população está cadastrada na APS por unidade familiar?	
	11. As unidades familiares estão classificadas por riscos sociais?	
	12. A população está subdividida por perfil demográfico?	
	13. A população está subdividida por fatores de risco?	
	14. A população está subdividida por condições de saúde estabelecidas?	
TOTAL – População		

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE	15. A equipe da APS tem claro o seu papel de responsabilização por sua população adscrita?	
	16. Há uma equipe multiprofissional com responsabilidades claras de cada membro na APS?	
	17. Essas responsabilidades derivam das linhas-guia das diferentes condições de saúde?	
	18. A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	
	19. Há incentivos para as pessoas usuárias adotarem a APS como porta de entrada da rede?	
	20. As relações entre a APS e os demais níveis de atenção da RAS estão claramente definidas?	
	21. A APS opera com sistemas de informação suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais?	
	22. Há uma boa interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?	

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

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

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

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

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
OS SISTEMAS DE APOIO	77. O sistema de assistência farmacêutica contempla a seleção dos medicamentos feita a partir das linhas-guia?	
	78. O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS?	
	79. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de aquisição dos insumos farmacêuticos?	
	80. O sistema de assistência farmacêutica contempla o armazenamento dos insumos farmacêuticos?	
	81. O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	
	82. O sistema de assistência farmacêutica utiliza a farmacoeconomia?	
	83. O sistema de assistência farmacêutica utiliza os formulários terapêuticos?	
	84. O sistema de assistência farmacêutica contempla a atenção farmacêutica?	
	85. O sistema de atenção farmacêutica contempla a conciliação de medicamentos?	
	86. O sistema de assistência farmacêutica contempla o manejo da adesão aos tratamentos medicamentosos?	
	87. O sistema de assistência farmacêutica contempla a farmacovigilância?	
	88. Há um sistema estruturado de exames de imagem, construído com base em escala e qualidade?	
	89. Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	
	90. Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização, para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras?	
	91. Há protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados?	
TOTAL – Sistemas de apoio		

ELEMENTO OU COMPONENTE	QUESTÃO AVALIATIVA	ESCORE (0 a 3)
OS SISTEMAS LOGÍSTICOS	92. Existe um registro de base populacional único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais?	
	93. Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	
	94. Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	

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

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

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

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

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

MODELO DE UMA EXPERIÊNCIA BEM SUCEDIDA DE REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

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

TOTAL – Modelo de atenção

Anexo 8 - Questões do Instrumento de Avaliação da rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência.

Componente	Questões
População	Q1. Há uma população claramente definida e caracterizada por perfil demográfico sob responsabilidade da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPCD)?
	Q2. Há uma clara definição das necessidades de saúde dessa população de pessoas com deficiência?
	Q3. A estrutura operacional da RCPCD é formatada em função dessas necessidades?
	Q4. Há um processo de territorialização da RCPCD pactuado a partir de um diagnóstico situacional das necessidades e realidade sanitária da população com deficiência?
	Q5. A RCPCD dispõe de um Plano de Ação Estadual ou Regional? Neste, consta a programação da atenção à saúde das pessoas com deficiência, incluindo as atribuições, as responsabilidades e o aporte de recursos necessários pela União, pelo Estado ou pelo Distrito Federal e pelos Municípios envolvidos?
	Q6. A RCPCD e seus pontos de atenção respeitam as Regiões de Saúde conforme estabelecido no Plano Diretor de Regionalização?
	Q7. O Plano de Ação, na sua estrutura, incorpora os princípios de respeito aos direitos humanos, promoção da equidade, atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas?
	Q8. As pessoas com deficiência estão identificadas de acordo com a estratificação por tipo de deficiência (visual, intelectual, física e auditiva)?
Atenção Primária	Q9. A equipe da Atenção Primária em Saúde (APS) tem entendimento sobre seu papel na responsabilização pela população de pessoas com deficiência?
	Q10. As responsabilidades e o fluxo de comunicação entre a APS e os demais níveis de atenção da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPCD) estão definidas? Há instrumentos próprios para os encaminhamentos?
	Q11. Há na APS sistemas informacionais para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais das pessoas com deficiência?
	Q12. A APS está adequadamente organizada para prestar cuidados às pessoas com deficiência: implantação de estratégias de acolhimento e classificação de risco; análise de vulnerabilidade; e acessibilidade?
	Q13. A APS utiliza as diretrizes terapêuticas e os protocolos clínicos do Ministério da Saúde para orientar a atenção à saúde das pessoas com deficiência?
	Q14. As equipes de APS apoiam e orientam às famílias e aos acompanhantes de pessoas com deficiência?
	Q15. As equipes de APS desenvolvem programas articulados com a comunidade que promovam a inclusão e a qualidade de vida de pessoas com deficiência?
	Q16. A APS prioriza ações como: cuidados às crianças por meio da promoção da identificação precoce das deficiências; qualificação do pré-natal e da atenção na primeira infância; e acompanhamento dos recém-nascidos de alto risco até os dois anos de vida?

Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários	Q17. No desenho da RCPCD há articulação entre os pontos de atenção dos componentes da atenção primária (básica), secundária (especializada) e terciária (hospitalar)?	
	Q18. Há oferta de atenção domiciliar pelas equipes de saúde para as pessoas com deficiência?	
	Q19. Há a oferta de leitos de longa permanência?	
	Q20. As maternidades realizam os exames da triagem neonatal a fim de identificar precocemente as deficiências congênitas? Elas atuam de forma integrada com a APS?	
	Q21. Há serviços específicos que realizem atendimento às crianças com deficiência conveniados com a RCPCD? Os serviços realizam estimulação precoce permitindo às crianças receber o máximo de estímulos, favorecendo seu melhor potencial de desenvolvimento?	
	Q22. Há serviços hospitalares para os cuidados aos traumas na atenção às urgências e emergências? Se não, há equipes de referência em reabilitação para os atendimentos das pessoas vítimas de lesões por traumas nos equipamentos existentes?	
	Q23. Há oferta de serviços de reabilitação (Oficinas Ortopédicas, CER, entre outros) que incluam seleção, prescrição, concessão, adaptação, manutenção e dispensação de dispositivos e Órteses Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM's), que foquem na produção da autonomia e da independência em diferentes aspectos da vida das pessoas com deficiência?	
	Q24. Nos serviços de reabilitação, há orientações aos cuidadores, acompanhantes e familiares que os capacitem como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado?	
	Q25. Os serviços de reabilitação realizam atendimento individual e em grupo de acordo com as necessidades de cada usuário e suas dificuldades específicas?	
	Q26. Os serviços de reabilitação realizam reuniões periódicas de equipe paraacompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos?	
	Q27. Os pontos de atenção especializada (CER's, Centros Especializados Odontológico - CEO e Oficinas Ortopédicas) possuem abrangência assistencial adequada?	
	Q28. As equipes multiprofissionais que compõem a RCPCD se responsabilizam pelo matriciamento dos profissionais da APS?	
	Sistema de Apoio	Q29. Existe fluxo regular de alimentação dos procedimentos de reabilitação no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA/SUS)?
		Q30. Existem mecanismos de aquisição que garantem a prescrição e dispensação de Órteses Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM's)?
Q31. Há sistema estruturado de exames e análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização, para os pontos de atenção que compõe a Rede de Cuidados à CPD com priorização das pessoas com deficiência?		
Q32. Existem estratégias de avaliação para identificar o grau de funcionalidade das pessoas com deficiência? A equipe multiprofissional participa dessa avaliação?		
Q33. A RCPCD garante o acesso a insumos para os usuários com deficiência (fraldas, bolsas de colostomia, materiais para autocuidado, prevenção e		

	tratamento de úlceras de pressão)?
Sistemas Logísticos	Q34. Existe registro único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais referente às pessoas com deficiência?
	Q35. Há cartão de identificação para as pessoas com deficiência articulado com informações sobre a família e o território sanitário?
	Q36. Há prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio da rede?
	Q37. A equipe do Centro Especializado em Reabilitação (CER)/Serviço de Reabilitação agenda diretamente exames de análises clínicas ou de imagens?
	Q38. A regulação em saúde está articulada de forma a garantir integralidade do cuidado, acesso e apoio qualificado às necessidades de saúde das pessoas com deficiência?
	Q39. Os Centros Especializados em Reabilitação (CERs) utilizam as diretrizes terapêuticas e protocolos clínicos para organização de fluxos dos usuários nos serviços?
	Q40. Há veículos adaptados que têm como ponto de apoio o CER ou sistema de transporte integrado à RCPCD com rotas predefinidas, com objetivo de garantir acesso da pessoa com deficiência aos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde?
Sistema de Governança	Q41. Existe estrutura organizacional de governança que dispõe de desenho pactuado na Comissão Intergestores Regional (CIR) e na Comissão Intergestores Bipartite (CIB)?
	Q42. A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD) possui plano estratégico? Ele contempla plano estratégico de médio e longo prazos e plano operativo de curto prazo? Ele gera mapa estratégico?
	Q43. Há sistema de monitoramento e avaliação da RCPCD, público e normatizado?
	Q44. Há modelo de contratualização dos pontos de atenção por meio de prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos) que tenha como princípio os objetivos da RCPCD?
	Q45. As gerências dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio conhecem e aderem aos objetivos da RCPCD?
	Q46. O ente de governança (gestor) opera com foco na maximização das eficiências técnicas e alocativas?
	Q47. Os incentivos financeiros estão alinhados com os objetivos da RCPCD?
	Q48. A RCPCD conta com mecanismos eficazes de gestão financeira?
Modelo de Atenção à Saúde	Q49. Há um modelo de atenção à saúde claramente definido e de conhecimento geral na APS e nos pontos de atenção secundários e terciários?
	Q50. O modelo de atenção à saúde propõe mudanças na organização do sistema de atenção à saúde?
	Q51. O modelo de atenção à saúde propõe ações relativas ao desenho do sistema de prestação de serviços de saúde?
	Q52. As ações de autocuidado apoiado objetivam empoderar as pessoas com deficiência usuárias da RCPCD?

Q53. O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à RCPCD?
Q54. Há um plano de cuidado elaborado para cada pessoa com deficiência a partir das necessidades em saúde?
Q55. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional em conjunto com a pessoa com deficiência e sua família?
Q56. A gestão da condição de saúde envolve a educação permanente dos profissionais?
Q57. A RCPCD utiliza as listas de espera como dispositivo de qualificação do cuidado, por meio do acolhimento e classificação de risco?