



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO
HUMANA

Pollyana Ribas de Oliveira

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES BASEADOS NOS
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO
ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO

Recife

2024

Pollyana Ribas de Oliveira

DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES BASEADOS NOS
SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO
ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde da Comunicação Humana do Centro de Ciências da Saúde
da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial
para obtenção do título de Mestre em Saúde da Comunicação
Humana.

Orientador: Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima
Co-orientador: Mirella Bezerra Rodrigues Vilela

Recife

2024

.Catalogação de Publicação na Fonte. UFPE - Biblioteca Central

Oliveira, Pollyana Ribas de.

Desenvolvimento e validação de indicadores baseados nos sistemas de informação em saúde para avaliação da atenção especializada em reabilitação / Pollyana Ribas de Oliveira. - Recife, 2024.

118 f.: il.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana, 2024.

Orientação: Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima.

Coorientação: Mirella Bezerra Rodrigues Vilela.

1. Saúde da Pessoa com Deficiência; 2. Sistemas de Informação em Saúde; 3. Indicadores de Saúde; 4. Estudo de validação. I. Lima, Maria Luiza Lopes Timóteo de. II. Vilela, Mirella Bezerra Rodrigues. III. Título.

UFPE-Biblioteca Central

CDD 614

Pollyana Ribas de Oliveira

**DESENVOLVIMENTO E VALIDAÇÃO DE INDICADORES BASEADOS
NOSSISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA AVALIAÇÃO DA
ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde da Comunicação Humana do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde da Comunicação Humana. Linha de pesquisa Audição e Linguagem: desenvolvimento, diagnóstico e intervenção fonoaudiológica.

Aprovada em: 05/08/2024

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente



TATIANA DE PAULA SANTANA DA SILVA
Data: 16/09/2024 20:44:36-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^a.: Tatiana de Paula Santana da Silva (Examinadora
interna) Universidade Federal de Pernambuco – UFPE

Documento assinado digitalmente



AMELIA AUGUSTA DE LIMA FRICHE
Data: 12/09/2024 10:11:31-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof^a. Dr^a.: Amélia Augusta de Lima Friche (Examinadora
externa) Universidade Federal de Minas Gerais –
UFMG

Documento assinado digitalmente



RAQUEL MOURA LINS ACIOLI
Data: 16/09/2024 19:50:15-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra.: Raquel Moura Lins Acioli (Examinadora externa)
Secretaria de Saúde do Recife – SMS/Recife

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a Deus, meu salvador, alicerce e amigo verdadeiro. Sempre estás ao meu lado a me guiar e amparar nos momentos difíceis. Sei que não mereço tamanha graça, mas mesmo assim Tu me concedes.

A minha mãe e meu pai, pelo incentivo a buscar sempre novos objetivos e desafios na vida acadêmica.

Ao meu amado esposo por me apoiar todo esse período, mesmo em dias mais turbulentos nos quais as dúvidas pairaram. Ivan e Sophia, vocês são minha inspiração para concluir esta difícil tarefa.

AGRADECIMENTOS

Nesse período em que me dediquei ao mestrado, gostaria de expressar minha gratidão as pessoas que me acompanharam nesse percurso. Através de breves palavras compartilhar a importância destes nesta conquista e minha sincera gratidão a todos eles.

Primeiramente, agradeço a Deus por tamanha graça que me concedeu e sabedoria e instrução no decorrer deste período que me pareceu longo, mas que graças a Ele cheguei até aqui.

Aos meus pais, irmã e sobrinha, que me incentivaram nos momentos difíceis e compreenderam a minha ausência enquanto eu me dedicava à realização deste trabalho que tanto mudou minha vida. Mãe, sei o quanto a senhora se orgulha de cada conquista que obtive ao longo destes anos.

Ivan, amado esposo obrigada por seu amor por mim e Sophia. Por estar sempre disponível a segurar as pontas, compreensão e apoio nos momentos em que senti que não conseguiria cumprir essa difícil tarefa.

Um agradecimento especial, para minha orientadora Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima, por diversas vezes abrir mão dos seus momentos livres para me orientar e me ajudar em tantas questões. Sou grata por sua compreensão e por confiar na minha capacidade tanto quanto aluna e como profissional. Sem sua orientação não teria chegado até aqui. Seu trabalho tem sido inspiração para mim quanto profissional.

Quero também agradecer, a minha co-orientadora Mirella Bezerra Rodrigues Vilela, que diversas vezes deixou seus momentos de descanso em família para me orientar. Obrigada ao seu olhar sempre atento e a considerações sempre pertinentes.

Um obrigada, para Edla Edna da Silva, seu suporte durante a primeira etapa desta pesquisa foi de imensa importância. Obrigada por sua prontidão e compreensão nos momentos que não consegui lhe responder por estar com minha filha.

Um agradecimento, a minha querida amiga Liliane Neves, obrigada por sua amizade presente e sincera, por sua disposição mesmo sem tempo para me aconselhar e ouvir minhas questões, você tem sido sempre presente na minha vida e sou grata a Deus por ter te conhecido.

Gostaria de agradecer também, as professoras Tatiana de Paula Santana da Silva e Amélia Augusta de Lima Friche UFMG, membros da banca de Qualificação e Defesa de Mestrado, pelos conselhos e considerações que contribuíram para o desenvolvimento da pesquisa.

Por fim, gostaria de agradecer a todos aqueles que contribuíram como juízes no processo de validação dos indicadores, grata por todas as considerações e sugestões.

“Minha fé não repousa sobre o que sou, ou serei, ou sinto ou sei; mas sobre o que Cristo é, sobre o que Ele fez e sobre o que Ele está fazendo agora, por mim”
(Charles Spurgeon).

“ Não fui eu que ordenei a você? Seja forte e corajoso! Não se apavore nem desanime, pois o Senhor, o seu Deus, estará com você por onde você andar" (Josué 1:9).

Resumo

Introdução: Apesar dos avanços na estruturação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), persistem desafios no acesso e continuidade do cuidado, sendo necessário parâmetros válidos para avaliar o componente especializado da rede, que aglutina o maior volume de ações. No Brasil, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) agregam informações epidemiológicas, administrativas e clínicas e são utilizados na construção de indicadores, podendo ser considerados uma ferramenta importante para a criação de parâmetros de análise da RCPD. **Objetivo:** construir matriz de indicadores para a avaliação da atenção especializada e realizar a validação de seu conteúdo. **Métodos:** o estudo foi desenvolvido em duas etapas: a) revisão de escopo; b) construção e validação de conteúdo da matriz de indicadores. A revisão de escopo foi realizada conforme Joanna Briggs Institute (JBI) e as diretrizes PRISMA- SCR. Para a construção da pergunta de pesquisa, foi utilizado o mnemônico PCC: População (serviços de saúde); Conceito (indicadores) e Contexto (sistemas de informação), assim foi definida a seguinte pergunta norteadora: Quais indicadores calculados com dados dos sistemas de informação podem orientar a avaliação dos serviços de saúde? Foram utilizadas as bases de dados: PubMed, Scopus, Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico. Foram considerados como estudos literatura cinza e aqueles recuperados por Snowball. Na segunda etapa, o estudo metodológico englobou a construção e validação de uma matriz de indicadores utilizando dados dos sistemas de informação em saúde. O processo de validação seguiu os princípios da técnica Delphi e foi composta por um comitê de 9 juízes especialistas, sendo 03 especialistas na área dos sistemas de informação em saúde, 03 profissionais que atuam nos diversos níveis de atenção da RCPD e 03 profissionais da saúde que atuam nos espaços acadêmicos. Foi aplicada uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro para avaliação do conteúdo. Para a análise quantitativa foi obtido o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC). **Resultados:** Na revisão de escopo foram localizados 2.699 estudos, sendo 348 excluídos por serem duplicatas. Após a leitura do título e resumo permaneceram 57 estudos e, a partir da leitura do texto completo, foram incluídos 17 estudos e mais dois através de busca manual utilizando a técnica Snowball, totalizando 19 estudos. A maior parte deles utilizaram o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) (9) respectivamente, e não classificou o desenho do estudo (7). Foi possível observar que os indicadores mensurados a partir dos sistemas de informação relacionavam-se à avaliação de oferta de procedimentos, cobertura da assistência e oferta de recursos humanos e equipamentos de saúde. A partir da revisão de escopo, foram adaptados e criados 15 indicadores divididos segundo o tipo: estrutura, processo e resultado. Na matriz final restaram 13 indicadores, sendo estes, quatro indicadores de estrutura, oito de processo e um de resultado, com o Coeficiente de Validade de Conteúdo acima de 80%, sendo estes considerados validados no que concerne aos critérios estabelecidos: linguagem clara, método de mensuração adequado, fonte de dados, viabilidade de aplicação, oportuno, reprodutividade, sustentabilidade, pertinência/relevância e compreensão. **Conclusão:** A revisão permitiu o levantamento de um conjunto de indicadores que podem ser usados ou adaptados para a avaliação da atenção especializada em reabilitação. A matriz de indicadores para a avaliação da atenção especializada da RCPD é considerada válida no que concerne ao seu conteúdo. Ademais, como perspectivas futuras a aplicação da matriz

de indicadores para os estados brasileiros e a criação de indicadores para avaliar a atenção primária a saúde.

Descritores: Saúde da Pessoa com Deficiência, Sistemas de Informação em Saúde, Indicadores de Saúde, Estudo de validação.

Abstract

Introduction: Despite advances in the structuring of the Care Network for People with Disabilities (RCPD), challenges persist in access to and continuity of care, requiring valid parameters to evaluate the specialized component of the network, which encompasses the largest volume of actions. In Brazil, Health Information Systems (SIS) aggregate epidemiological, administrative and clinical information and are used to construct indicators, and can be considered an important tool for creating RCPD analysis parameters. **Objective:** to construct a matrix of indicators to evaluate specialized care and validate its content. **Methods:** the study was developed in two stages: a) scoping review; b) construction and content validation of the indicator matrix. The scoping review was carried out according to the Joanna Briggs Institute (JBI) and the PRISMA-SCR guidelines. To construct the research question, the mnemonic PCC was used: Population (health services); Concept (indicators) and Context (information systems), thus the following guiding question was defined: Which indicators calculated with data from information systems can guide the evaluation of health services? The following databases were used: PubMed, Scopus, Scielo, Virtual Health Library (BVS) and Google Scholar. Gray literature and those retrieved by Snowball were considered as studies. In the second stage, the methodological study included the construction and validation of a matrix of indicators using data from health information systems. The validation process followed the principles of the Delphi technique and was composed of a committee of 9 expert judges, 03 experts in the area of health information systems, 03 professionals who work at the various levels of care of the RCPD and 03 health professionals who work in academic spaces. A Likert-type scale with a score of one to four was applied to evaluate the content. For the quantitative analysis, the Content Validity Coefficient (CVC) was obtained. **Results:** In the scoping review, 2,699 studies were found, of which 348 were excluded due to duplicates. After reading the title and abstract, 57 studies remained, and after reading the full text, 17 studies were included, and two more were manually searched using the Snowball technique, totaling 19 studies. Most of them used the Outpatient Information System (SIA) and the Hospital Information System (SIH) (9) respectively, and did not classify the study design (7). It was possible to observe that the indicators measured from the information systems were related to the assessment of the provision of procedures, coverage of care, and provision of human resources and health equipment. From the scoping review, 15 indicators were adapted and created, divided according to type: structure, process, and result. In the final matrix, 13 indicators remained, four of which were structural indicators, eight were process indicators and one was an outcome indicator, with a Content Validity Coefficient above 80%. These indicators were

considered validated with regard to the established criteria: clear language, appropriate measurement method, data source, feasibility of application, timeliness, reproducibility, sustainability, pertinence/relevance and comprehension. **Conclusion:** The review allowed the survey of a set of indicators that can be used or adapted for the evaluation of specialized care in rehabilitation. The RCPD indicator matrix for the evaluation of specialized care is considered valid with regard to its content. Furthermore, future perspectives include the application of the indicator matrix to the Brazilian states and the creation of indicators to evaluate primary health care.

Descriptors: Health of People with Disabilities, Health Information Systems, Health Indicators, Validation study.

Lista de ilustrações

Quadro 1 -	Critérios de inclusão para o comitê de especialistas.....	21
Figura 1 -	Sequência de execução do Método Delphi via internet.....	23
Figura 2 -	Fórmula para execução do Coeficiente de Validade de Conteúdo.....	24
Figura 1 -	Fluxograma da busca e seleção de estudos.....	39
Quadro 1 -	Estudos selecionados para leitura na íntegra.....	40
Quadro 2 -	Estudos selecionados para a construção e adaptação de indicadores para o componente especializado da RCPD.....	44
Figura 1 -	Sequência de execução do Método Delphi via internet.....	49
Figura 2 -	Fórmula para execução do Coeficiente de Validade de Conteúdo.....	51
Quadro 1 -	Caracterização do comitê de juízes.....	59
Quadro 2 -	Conjunto de indicadores para a avaliação da RCPCD pós procedimento de validade conteúdo 1° rodada, 2024.....	59
Tabela 1 -	Percentual de concordância dos experts em relação a medida de Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) para o conjunto de indicadores para a avaliação da RCPCD 1° rodada.....	60
Quadro 3 -	Conjunto de indicadores para a avaliação da RCPCD pós procedimento de validade conteúdo 2° rodada, 2024.....	61
Tabela 2 -	Percentual de concordância dos experts em relação a medida de Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) para o conjunto de indicadores para a avaliação da RCPCD 2° rodada.....	62
Quadro 4 -	Matriz de indicadores final pós segunda rodada de avaliação de conteúdo com o detalhamento dos indicadores produzidos para o componente especializado da RCPD (Média Complexidade).....	63

Lista de abreviaturas e siglas

AB -	Atenção Básica
BVS -	Biblioteca Virtual de Saúde
CEO -	Centros de Especialidades Odontológicas
CER -	Centros Especializados em Reabilitação
CNES -	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CVC -	Coeficiente de Validade de Conteúdo
FES -	Fundos Estaduais de Saúde
FMS -	Fundos Municipais de Saúde
FNS -	Fundo Nacional de Saúde
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JBIC -	Joanna Briggs Institute
MAC -	Média e Alta Complexidade
ONU -	Organização das Nações Unidas
OPAS -	Organização Pan-Americana da Saúde
OPM -	Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
PcD -	Pessoas com deficiências
RAS -	Rede de Atenção à Saúde
RCPD -	Rede de Cuidados a Pessoa com Deficiência
SIA -	Sistema de Informação Ambulatorial
SIAB -	Sistema de Informação da Atenção Básica
SIH -	Sistema de Informação Hospitalar
SIM -	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SINAN -	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC -	Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos
SIS -	Sistemas de Informação em Saúde
SISMAC -	Sistema de Controle de Limite Financeiro da Média e Alta Complexidade
SUS -	Sistema Único de Saúde
TCLE -	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TCLE -	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UFPE -	Universidade Federal de Pernambuco

Sumário

1 Introdução	1
2 Revisão de Literatura.....	5
2.1 Contexto Histórico e Direitos da Pessoa com Deficiência	5
2.2 A Rede Cuidados à Pessoa com Deficiência.....	8
2.3 Sistemas de Informação e indicadores em Saúde	11
2.4 Propriedades Psicométricas de Instrumentos de medida e validação de conteúdo ...	13
3 Métodos.....	17
3.1 Revisão de Escopo	17
3.2 Desenvolvimento da matriz de indicadores	19
3.3 Estudo metodológico de validação de conteúdo da matriz de indicadores.....	20
3.3 Considerações éticas:	24
4. Resultados:.....	25
4.1. - Indicadores baseados nos sistemas de informação em saúde para avaliação da atenção especializada em reabilitação: uma revisão de escopo	25
4.2. - Desenvolvimento e validação de indicadores baseados nos sistemas de informação em saúde para avaliação da atenção especializada em reabilitação	45
5. Considerações Finais.....	66
Referências.....	67
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido Eletrônico (TCLE).....	76
Apêndice B – Matriz de indicadores que oriente a avaliação da atenção especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD)	79
Apêndice C – Formulário enviado aos juízes por meio do Google Forms.....	83
Anexo A – Parecer de aprovação CEP	86
Anexo B - Instruções para publicação na Revista CoDAS	92
Instruções aos autores	92
Anexo C - Instruções para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva	103
Anexo D- Certificado de apresentação de trabalho no XXIX Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia	114
Anexo E- Certificado de participação como autora do trabalho apresentado no XXX Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia	115
Anexo F- Aprovação de trabalho no XXXI Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia	116
ANEXO G- Participação no II Encontro em Saúde da Comunicação Humana da UFPE- Diálogos na Atenção Básica à Saúde como coordenadora de mesa	117
ANEXO H- Participação como autora do livro Saúde da comunicação humana na atenção básica à saúde	118

1 Introdução

Dados da PNAD contínua, em 2022, identificaram no Brasil 18 milhões de pessoas, com dois anos ou mais, que apresentam algum tipo de deficiência, representando 8,9% da população. Este percentual tem respaldo na adoção da linha de corte recomendada pelo Grupo de Washington e visa a comparabilidade dos países com dados censitários acerca das pessoas com deficiência (Ibge, 2010, 2022).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), instituída através da Portaria GM/MS nº 793/2012, prevê a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência no âmbito do SUS (Sistema Único de Saúde). Objetiva o cuidado integral, articulado, integração dos pontos de atenção, ampliação do acesso, qualificação do atendimento e promoção da vinculação aos pontos de atenção (Brasil, 2012, 2023).

A partir dessa portaria, foi estabelecida uma nova lógica para o cuidado às pessoas com deficiência, incluindo a atenção integrada e articulada por meio de uma rede de serviços que tem a atenção básica como eixo estruturante, passando pela média e alta complexidade, culminando com a implantação de Centros Especializados em Reabilitação (CER). A Rede possui como componentes: a Atenção Básica; a Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (Brasil, 2012, 2023).

Na atenção especializada, a reabilitação é um processo pelo qual o indivíduo será conduzido a uma vida com saúde, bem estar e um maior nível de autonomia, na qual suas potencialidades serão desenvolvidas (Machado *et al.*, 2018). No Brasil, a despeito dos avanços no que tange a universalidade do acesso, persistem desafios na continuidade do cuidado a pessoa com deficiência. Tal cenário reflete em uma desarticulação na referência e contraferência entre as unidades que compõem a RCPD (Pereira *et al.*, 2020)

No Brasil, as fontes de dados secundários disponibilizadas em bases eletrônicas provenientes dos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) agregam informações epidemiológicas, administrativas e clínicas e vêm sendo empregadas de forma ampla em pesquisas e em avaliação em saúde, usando-as de forma individual ou integrando os dados entre si (Coeli, 2010).

Os SIS podem ser definidos como um conjunto de componentes que coletam, processam, armazenam e distribuem informações, a fim de apoiar os processos de tomada de decisão e também auxiliar no controle das organizações de saúde. Neles, são reunidos um

agrupamento de dados, informações e conhecimentos na área de saúde que irão sustentar o planejamento, o aperfeiçoamento e os processos decisórios dos diversos profissionais envolvidos no atendimento dos pacientes usuários do sistema de saúde (Marin, 2010).

Sendo assim, a informação em saúde possui o objetivo de identificar as demandas na condição de saúde de uma população, possibilitando elementos para análise da situação encontrada e subsidiar alternativas de encaminhamento (Ferreira *et al.*, 2011). O cálculo dos indicadores de saúde, que irão subsidiar a tomada de decisão são elaborados conforme preconizado na Lei nº 8.080/1990, onde estabelece como princípio a utilização de informações em saúde para mensurar e monitorar a situação de saúde para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientar a programação em saúde. Desta forma os indicadores possuem a finalidade de nortear a tomada de decisão em saúde baseada em evidências (Brasil, 1990; Opas, 2018).

Apesar dessa lógica, registra-se, ainda, a inexistência de indicadores válidos e que possuam fácil acesso aos dados para a sua aplicação e reprodutibilidade para desencadeamento dos processos avaliativos, considerando as próprias modificações estruturais que vêm ocorrendo na implementação das Redes de Atenção à Saúde. Além disso, estudos sobre assistência em reabilitação são escassos, geralmente de âmbito local e acumulam resultados da lógica de organização por tipo de deficiência, antes da reorientação da organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Considerando principalmente as importantes mudanças que vem ocorrendo na RCPD, o processo de monitoramento e avaliação torna-se latente. No âmbito do Sistema Único de Saúde, as mudanças estruturais advindas de uma nova lógica do cuidado que deverá ser de forma integral, articulada e efetiva nos diversos pontos de atenção, assim como aponta a necessidade de ampliação desta rede e altera o fluxo de atendimentos com as diferentes atribuições para os profissionais que atuam nos distintos componentes da rede.(Brasil, 2012a, 2012).

São necessários parâmetros que possam avaliar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência a fim de monitorar a rede, apoiar as decisões de gestão, a definição de fluxos e a otimização de recursos financeiros. Instrumentos que possuem o reconhecimento da sua qualidade são importantes para a credibilidade e legitimidade dos resultados encontrados em pesquisas (Medeiros *et al.*, 2015).

Ante ao exposto, a presente pesquisa pretende responder a seguinte pergunta: os indicadores construídos a partir dos sistemas de informação apresentam evidências de validade de conteúdo para avaliar a atenção especializada em reabilitação? Desta forma, foi estabelecido

como objetivo geral: construir matriz de indicadores para a avaliação da atenção especializada e realizar a validação de seu conteúdo.

Os objetivos específicos são: verificar as evidências disponíveis na literatura acerca dos indicadores que orientem a avaliação da Atenção Especializada a partir dos sistemas de informação em saúde; desenvolver uma matriz de indicadores que orientem a avaliação da Atenção Especializada a partir dos sistemas de informação em saúde; e verificar evidências de validade de conteúdo de indicadores que orientem a avaliação da Atenção Especializada em Reabilitação.

Para cumprir os objetivos propostos, o estudo foi desenvolvido em duas etapas: a) revisão de escopo conforme preconizado pelo Joanna Briggs Institute (JBI); b) estudo metodológico para construção da matriz de indicadores e validação do seu conteúdo.

O presente trabalho está estruturado em cinco capítulos nos quais o primeiro é a introdução, o segundo capítulo traz o referencial teórico, o terceiro o método empregado em ambas as fases da pesquisa. No quarto capítulo são apresentados os resultados da pesquisa que gerou a produção de dois artigos. O título do primeiro artigo é: Indicadores baseados nos sistemas de informação em saúde para avaliação da atenção especializada em reabilitação: uma revisão de escopo a ser submetido a revista CoDAS (ANEXO B). E o segundo artigo original: Desenvolvimento e validação de indicadores baseados nos sistemas de informação em saúde para avaliação da atenção especializada em reabilitação a ser submetido a revista Ciência & Saúde Coletiva (ANEXO C). E por fim o quinto capítulo com as considerações finais.

Além dos capítulos propostos, constituem também esta dissertação os resumos e certificados de apresentação de trabalhos e anais em eventos, frutos desta pesquisa. Participação no XXIX Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia com a aprovação e apresentação do trabalho: Impacto da pandemia da covid-19 na assistência fonoaudiológica ambulatorial no Brasil (ANEXO D).

Participação como autora do trabalho apresentado no XXX Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia com o título: Centros de atenção psicossocial (CAPS): composição das equipes multidisciplinares em Pernambuco (ANEXO E).

Participação no XXXI Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia com a aprovação e apresentação do trabalho: Indicadores baseados nos sistemas de informação em saúde para avaliação da atenção especializada em reabilitação: uma revisão de escopo (ANEXO F).

Participação no II Encontro em Saúde da Comunicação Humana da UFPE- Diálogos na Atenção Básica à Saúde como coordenadora na mesa intitulada “ O que os profissionais da

atenção básica precisam saber sobre o desenvolvimento e alterações na linguagem infantil ?" (ANEXO G).

Participação como autora do livro Saúde da comunicação humana na atenção básica à saúde, nos capítulos: Orientações sobre o desenvolvimento da linguagem infantil para profissionais da atenção básica em saúde - Desenvolvimento da linguagem na primeira infância no contexto pós pandemia da COVID-19 e Como funciona o sistema estomatognático (ANEXO H).

2 Revisão de Literatura

2.1 Contexto Histórico e Direitos da Pessoa com Deficiência

Muitas conquistas foram obtidas no tocante aos direitos das pessoas com deficiência. Apartir da década de 60, quando a temática da deficiência foi suscitada por ativistas e organizações de pessoas com deficiências (PcDs) em todo o mundo, ocorreu maior visibilidade e importância da questão na sociedade em geral e na política. Como resultado, vários países criaram medidas que garantissem igualdade de direitos as PcDs. Nesse momento, a visão a respeito da deficiência era que esta deveria ser tratada e corrigida, isto é, uma visão excludente e assistencialista (Brasil, 2012d).

Esta perspectiva sobre a deficiência foi sendo gradativamente substituída e deu lugar a visão que trata da exclusão vivenciada pelas pessoas com deficiência como um produto das barreiras físicas, organizacionais e atitudinais existentes na sociedade. Logo, um novo paradigma ganha destaque, no qual a deficiência é uma das possíveis características da condição humana. Portanto, estes indivíduos possuem direitos que devem ser garantidos com vistas à igualdade e oportunidades (Brasil, 2012d).

Como progresso na conquista pelos direitos, no ano de 1975, a Organização das Nações Unidas (ONU) institui a Resolução nº30/84 que tem por título: declaração dos direitos das pessoas portadoras de deficiências, neste momento é dado as pessoas com deficiência os mesmos direitos civis e políticos oferecidos a todos os demais cidadãos. Nesta Resolução, são colocadas também as questões relacionadas as necessidades de saúde das PcDs (ONU, 1975).

Quanto as questões relacionadas a educação, a Declaração de Salamanca de 1994, advêm como avanço ao tornar uniforme as oportunidades as PcDs, como também demanda que os Estados assegurem a educação e que esta passe a ser parte integrante do sistema educacional nos países (ONU, 1994).

No Brasil, a atenção à pessoa com deficiência, foi inicialmente desenvolvida em instituições filantrópicas que realizavam atendimentos primários, nas áreas de educação e de saúde, evoluindo depois para reabilitação, sem assumir um papel de saúde integral, com a permanência, muitas vezes, de uma postura assistencialista (Brasil, 2008).

No que se refere, as iniciativas no SUS, estas ocorriam através de ações pontuais e de forma segmentada e sem vinculação com os princípios de integralidade, universalidade e acesso qualificado à saúde. Diante da escassez da ação do Estado, a sociedade civil no Brasil passou a se organizar, antes mesmo da consolidação do SUS, assumiu os cuidados em saúde da pessoa

com deficiência por meio de: movimentos sociais de deficientes; associações de amigos e parentes; juntamente, pela ação de entidades filantrópicas, religiosas e/ou de mercado. Embora importante historicamente as iniciativas da sociedade civil, passaram a apresentar um cenário com uma infinidade de ações dispersas, repetidamente subfinanciadas e sem um sistema de regulação minimamente adequado (Campos; Souza; Mendes, 2015).

À vista de um cenário de desigualdades, duas leis no ano de 2000 trazem avanços no tocante a acessibilidade. A Lei nº 10.048/2000 avança na conquista de direitos para as PcDs no Brasil, pois assegura a prioridade de atendimento às pessoas com deficiências, assim como determina a inclusão de lugares preferenciais e acessibilidade em transporte público e locais públicos (Brasil, 2000a).

Em continuidade, a Lei nº 10.098/2000 estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiências e com mobilidade reduzida, sendo assim construções, reformas, transportes públicos devem ser pensados de forma a garantir o acesso sem dificuldades para as pessoas com deficiência. Esta Lei também compreende questões acerca da eliminação de barreiras de comunicação e sinalização para as pessoas portadoras de deficiências (Brasil, 2000b). Ambas as Leis foram regulamentadas pelo Decreto nº 5.296/2004, conhecido por decreto da acessibilidade (Brasil, 2004).

Em 2002, através da portaria MS/SAS nº 1.060, foi instituída a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, um marco importante no que concerne o acesso à saúde. Esta estabelece, que a atenção à saúde à PcD comportará a organização das ações e serviços nos diferentes níveis de complexidade, interdependentes e complementares, que são: a atenção básica, a atenção ambulatorial especializada e hospitalar especializada (Brasil, 2002). Possui o objetivo principal de incluir as PcDs em toda a rede de serviços do SUS, tendo em vista as necessidades específicas para o cumprimento deste acesso e a atenção à saúde da pessoa com deficiência no Brasil. Pode denotar uma norma voltada apenas para a reabilitação, no entanto, não se restringe apenas a isso, pois se considera a necessidade de assegurar esta inclusão na prevenção de agravos e na assistência à saúde (Albuquerque, 2020).

Em sequência, em 2011 através do Decreto 7.612 é instituído o Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite que objetiva a integração e articulação das políticas, programas e ações afim de garantir os direitos das pessoas com deficiência através de quatro eixos: inclusão social, acessibilidade, acesso a educação e atenção à saúde. Importante frizar que o eixo de atenção à saúde desencadeou a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) (Brasil, 2011; Ribeiro, Medeiros e Silva, 2022).

Posteriormente, em 2015, o artigo 1º da Lei nº 10.048/2000 foi alterado pela Lei nº 13.146, de 6 julho de 2015 que institui a Lei brasileira de inclusão da pessoa com deficiência (estatuto da pessoa com deficiência), segundo o art. 1º confere a garantia e a promoção em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais da pessoa com deficiência, tendo em vista a cidadania e a inclusão social. Igualmente, reafirma o papel do Estado de garantir a atenção integral em todos os níveis de complexidade, além disso, assegurar o acesso igualitário e universal. Apresenta como avanço a questão da igualdade com direitos à igualdade nas oportunidades e não discriminação (Brasil, 2015).

Em 2023, como reconhecimento da desinidade tecnologia atribuída a este setor da saúde, o Ministério da Saúde através da portaria GM/MS nº 1.604 institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde (PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. Esta portaria reafirma o papel da atenção especializada como apoio a atenção primária à saúde e seu potencial na prestação de serviços a população, incluindo os serviços de reabilitação (Brasil, 2023a).

Em processo de constante estruturação dos direitos das pessoas com deficiência no ano de 2023 o Decreto 7.612 que instituiu o Plano Viver sem Limite é revogado pelo Decreto 11.793 que estabelece o Novo Viver sem Limite, dispondo como avanço o enfrentamento ao capacitismo, do preconceito e da violência contra pessoas com deficiência (Brasil, 2023).

É importante destacar que, antes da atual política a atenção a saúde da pessoa com deficiência se restringia aos estabelecimentos que ofertavam reabilitação, ou seja, ao componente da atenção especializada, no entanto, sabe-se que a oferta apenas da reabilitação não é o suficiente para a totalidade de necessidades destes usuários, fazendo-se necessário que os pontos de atenção estejam organizados em rede e sejam elencados em conformidade com as necessidades da população (Campos; Souza; Mendes, 2015).

Neste sentido, ainda há um longo caminho a ser percorrido no que se refere as políticas públicas voltadas a população com deficiências, pois se observa ainda barreiras, arquitetônicas, organizacionais e atitudinais, enfrentadas por esta população na busca por acesso à saúde. Um avanço na forma de pensar, atender e assistir se faz necessário, mas esse processo deve ser conduzido de forma interdisciplinar e intersetorial (Araújo *et al.*, 2018).

A organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) para pessoas com deficiência foi um avanço e tem desafiado os gestores no que diz respeito ao seu pleno funcionamento.

2.2 A Rede Cuidados à Pessoa com Deficiência

A portaria nº 4.279/2010 estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, com diferentes densidades tecnológicas, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão que buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010).

Em 2011, o governo federal brasileiro, lança o Viver Sem Limite: Plano Nacional de Direitos da Pessoa com Deficiência, no qual as ações previstas se dividem em quatro eixos prioritários: atenção à saúde, acesso a educação, inclusão social e acessibilidade. O Ministério da Saúde teve um papel importante no Plano Viver Sem Limite, pois essa agenda tornou-se estruturante por meio da criação da RCPD (Campos; Souza; Mendes, 2015).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi implantada como rede prioritária através da Portaria nº 793/ 2012. Em seu artigo primeiro define a: criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção para pessoas com deficiência no âmbito do SUS. É organizada em três componentes de atenção: atenção básica, atenção especializada em reabilitação e atenção hospitalar e de urgência e emergência que devem ser articulados entre si de modo a assegurar a integralidade do cuidado e acesso regulado aos pontos de atenção e serviços de apoio (Brasil, 2012a). Esta articulação se dá por meio de um conjunto de ações, de protocolos de ação e de procedimentos que irão definir os processos e os fluxos entre os componentes da rede e os seus pontos de atenção (Campos; Souza; Mendes, 2015).

Uma rede de atenção à saúde composta de forma regionalizada e integrada torna-se indispensável para a qualificação e continuidade do cuidado (Maciel et al., 2020). Isto posto, as redes estabelecem-se como um instrumento de redução de desigualdades e ampliação do acesso (Kuschnir; Chorny, 2010). Esta integração em rede dos serviços em saúde propicia a celeridade nos encaminhamentos dos usuários com o perfil para os serviços de reabilitação que se encontram à disposição na rede de assistência à saúde (Machado et al., 2016). É possível observar os avanços para as pessoas com deficiência no que se refere a garantia do cuidado à saúde no âmbito do SUS, no entanto, ainda há muitos obstáculos a serem superados no acesso aos serviços de saúde dentre elas as dificuldades de acessibilidade, informações e acompanhamento no acesso aos serviços de saúde (Albuquerque, 2020).

A RCPD foi instituída no ano de 2012, deste modo é evidente que há muito a se avançar no que se refere as equipes que atuam nos diversos pontos de atenção, que ainda apresentam desarticulação. Este fato evidencia a necessidade de atenção e investimentos nesta política,

tanto na parte estrutural, quanto na capacitação dos profissionais que atuam nesta rede (Machado *et al.*, 2018).

Para que sejam contempladas as reais necessidades desta população faz-se necessário o fortalecimento da rede segundo as diretrizes já estabelecidas, além disto o reconhecimento dos movimentos singulares existentes, pois se trata de uma rede viva (Dubow; Garcia; Krug, 2018).

No que se refere a densidade tecnológica os serviços de saúde devem ter a capacidade e complexidade tecnológica que atendam a demanda da população dentro em cada nível de assistência, ofertados de forma segura, com qualidade, segurança e de acordo com o planejamento das necessidades de saúde da população (Solla; Chioro, 2012).

A atenção especializada, objeto de interesse desse estudo, é o componente do sistema onde são desenvolvidas ações, conhecimentos e práticas assistenciais que se caracterizam por serem processos de trabalho com maior densidade tecnológica, as conhecidas tecnologias especializadas (Solla; Chioro, 2012).

Neste componente, foram instituídos os Centros Especializados de Reabilitação (CER), que podem ser constituídos ou habilitados para atender de duas até quatro modalidades de reabilitação. Nos CER são constituídas equipes multidisciplinares, que irão se diferenciar de acordo com o tipo de CER e as modalidades de deficiências atendidas pelo serviço (Campos; Souza; Mendes, 2015).

O tratamento de reabilitação na RCPD é ofertado quase exclusivamente nos CER, pois se comporta como uma estrutura articuladora entre os demais componentes e pontos de atenção, independente de sua natureza jurídica. Os CER são pontos estratégicos na rede no que tange a regulação, qualificação e padrões mínimos do cuidado, sobretudo no acolhimento das diferenças e da humanização, por estes motivos o CER ocupa um papel fundamental na RCPD (Campos; Souza; Mendes, 2015).

A respeito disso, embora se observe no território brasileiro um significativo número de serviços especializados em reabilitação na RCPD, este apresenta-se de forma heterogênea no que tange o acesso geográfico e as diferentes modalidades de serviços de reabilitação. Estes apontamentos revelam a necessidade de investimento na articulação e integração dos pontos em rede com o intuito de produzir equidade e qualidade no cuidado as PcD (Santos; Friche; Lemos, 2021).

O componente da atenção especializada conta ainda com as Oficinas Ortopédicas, um ponto de atenção crucial para o processo de reabilitação, pois nelas é realizada a confecção, adaptação e manutenção de próteses, órteses e os meios auxiliares de locomoção (OPMs) de

forma que atenda as necessidades particulares de cada indivíduo (Campos; Souza; Mendes, 2015).

Além do CER e Oficinas Ortopédicas a rede especializada em reabilitação conta com o Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) na sua estrutura. O atendimento odontológico ofertado nos CEO é qualificado ao cuidado de acordo com as especificidades das PcD (Brasil, 2012a). Cabe destacar que os CEO recebem um incentivo financeiro específico e adicional para o atendimento da PcD, ou seja, um valor que não sofre alteração de acordo com a produção alcançada pela a unidade (Brasil, 2012c).

O estabelecimento deste incentivo visa a ampliação e diminuição de dificuldades de acesso a esta população aos serviços odontológicos. Sabe-se que não são todas as unidades que recebem este incentivo para a ampliação do atendimento, isto se dá devido a não solicitação deste recurso ao Ministério da Saúde por parte dos gestores municipais. Parte disso é devido ao desconhecimento deste recurso e por outro lado a dificuldade de profissionais capacitados e reestruturação da estrutura física para a garantia da acessibilidade universal (Condessa *et al.*, 2020).

Os CEO também apresentam-se com lacunas e falta de acessibilidade no que concerne o atendimento na RCPD, este fato é reflexo do processo de formação desta rede ainda recente. Contudo, muito já se avançou pois, é garantido no atendimento prestado o tratamento completo aos seus usuários, contemplando também a referência para o serviço hospitalar (Condessa *et al.*, 2020).

De forma geral há um reconhecimento das potencialidades deste componente de atenção, fato este resultante do papel exercido por serviços especializados antes da estruturação da atual política que visa o cuidado em rede (Dubow; Garcia; Krug, 2018).

Além do componente da atenção especializada a RCPD é composta pelo componente da atenção básica e o de atenção hospitalar e de urgência e emergência. No que concerne a atenção básica, a este componente da atenção é atribuído ações de identificação precoce das deficiências com a qualificação do pré-natal e em crianças que são assistidas nas unidades básicas de saúde. Além disso, o desenvolvimento de atividades que visem garantia do cuidado integral através de acompanhamento de equipes multidisciplinares e articulação dos serviços de saúde com o objetivo de atender as necessidades no tempo e condições adequadas (Brasil, 2012a; Ursine; Pereira; Carneiro, 2018).

Já o componente de atenção hospitalar e de urgência e emergência, assume a responsabilidade de exercer o acolhimento, classificação de risco e o cuidado em situações de urgência e emergência, além de instituir a referência em reabilitação em portas hospitalares.

Com a ampliação do acesso e qualificação cuidado as PcD nos leitos de reabilitação hospitalar e assim como os CER possuem um papel articulador com os demais pontos de atenção da RCPD (Brasil, 2012a).

Atualmente é crescente o número de tecnologias, recursos e condições que propiciam a produção de informações nas diversas áreas do conhecimento, deste modo é necessária uma gestão estratégica e eficiente do conhecimento e dos dos sistemas de informação. A área da saúde vem empenhando esforços para integrar os seus processos administrativos e assistenciais aos sistemas de informação (Lima; Antunes; Silva, 2015).

2.3 Sistemas de Informação e indicadores em Saúde

Dispôr de informações apoiadas em dados válidos e confiáveis é imprescindível para análises objetivas da situação sanitária, como também para tomada de decisões baseadas em evidências e programação de ações em saúde (Ripsa, 2008). Consequentemente, a informação tem se mostrado como um elemento fundamental para a gestão e também atua como uma ferramenta que orienta a tomada de decisão e a produção de conhecimento válido. O arcabouço deste processo é o conjunto de diferentes fontes de informações e de naturezas distintas (Ferla; Ceccim; Alba, 2012).

Isto posto, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) são desenvolvidos e implantados com a finalidade de facilitar a formulação e avaliação das políticas, planos e programas em saúde, por conseguinte auxiliar na tomada de decisão visando colaborar com a melhora da situação de saúde de forma coletiva e individual (Ferreira *et al.*, 2011).

Os SIS são vistos pelos gestores do setor saúde como uma importante ferramenta de gestão em saúde, assim como para o planejamento e nos processos de tomada de decisão (Pinheiro *et al.*, 2016; Pinto, Freitas e Figueiredo, 2018). No entanto, observa-se ainda que estes sistemas ainda não são utilizados para extrair toda a sua potencialidade (Pinheiro *et al.*, 2016).

Desde da implantação do SUS, várias ferramentas foram criadas de modo a atender às demandas em saúde pública de levantamento de dados e informações em saúde. A principal ferramenta vem com a criação do Departamento de Informática do SUS (Datasus), de onde são disponibilizados os diversos sistemas de informação e integração de dados como o do IBGE (Lima *et al.*, 2015).

Os SIS se caracterizam como uma estrutura capaz de extrair e transformar dados em informação. As informações são coletadas, processadas, armazenadas e distribuídas visando subsidiar o processo decisório em saúde, pois contribui na produção de conhecimentos sobre as

condições de vida e saúde da população, sobre morbimortalidade e seus fatores de risco, dentre outros (Ferreira *et al.*, 2020).

A propagação do uso dos SIS para o apoio à gestão micro e macro tem sido ampliada nas últimas décadas como estratégia de Estado em todos os níveis dos sistemas de saúde, desde a atenção primária até o nível terciário. No Ministério da Saúde os principais sistemas de informação são: o de mortalidade (SIM), de nascimento (SINASC), ambulatorial (SIA-SUS), de internações hospitalares (SIH), de notificações de doenças (SINAN), de atenção básica (SIAB), sendo esses para níveis populacionais. Para estabelecimentos de saúde tanto públicos, quanto privados temos o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (Pinto; Freitas; Figueiredo, 2018).

Os sistemas de informação apoiam os processos decisórios e quando bem administrados, são pontos positivos para sustentar as decisões de gestão (Araújo; Razzolini Filho, 2017). A celeridade no acesso às informações é um fator de extrema importância para a qualidade e eficiência da prestação do serviço, crítico inclusive em situações que envolvam risco de vidas (Bittar *et al.*, 2018).

Tendo em vista que os SIS são compostos por um conjunto de dados, sendo o dado a informação primária, que, ao serem trabalhados, geram o indicador, no que lhe concerne, ao ser analisado, forma a informação, que ao ser interpretada gera conhecimento (Opas, 2018). Dados de qualidade ao constituírem os sistemas de informação possibilitam a criação de indicadores capazes de avaliar a situação de saúde com um maior nível de precisão.

Indicadores de saúde utilizam dados de grupos ou lugares produzidos por medidas síntese de saúde, desta forma são definidos eventos de interesse, população de referência, além de critérios de inclusão e exclusão (Opas, 2018; Ripsa, 2008). Propõem-se a estimar uma dimensão de saúde de determinada população, além disso, são dinâmicos, por isso a informação obtida através de um indicador corresponde a determinadas situações e contextos culturais e temporais (Opas, 2018).

Os indicadores de saúde possuem um papel principal de explicitar a situação de saúde de um indivíduo ou de uma população. Sua qualidade será derivada dos componentes utilizados em sua formulação e da precisão dos sistemas de informação utilizados (Carvalho; Pinho; Garcia, 2017).

Quanto à elaboração de indicadores, trata-se de um processo que pode apresentar uma grande variação, pois um indicador dependerá de qual estado de saúde da população pretende-se medir, partindo de cálculos mais simples até cálculos com maior nível de dificuldade, como

as proporções, razões, taxas ou índices mais sofisticados, como por exemplo a esperança de vida ao nascer (Ripsa, 2008).

Os indicadores de saúde, construídos a partir de informações decorrentes dos SIS possuem a função de promover o acompanhamento, monitoramento e avaliação das ações estratégicas em saúde, assim como avaliar e fornecer novas informações sobre as capacidades e dimensões da saúde, bem como, o funcionamento dos sistemas de saúde como um todo (Matta; Moreno, 2014).

Os indicadores são usualmente abordados quanto a sua finalidade: indicadores de eficiência, de eficácia e de efetividade. E quanto ao conteúdo: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade e fatores de risco, recursos, cobertura entre outros. Devido a esta pluralidade e abrangência é atribuído aos indicadores um grande poder de utilidade e resolutividade na saúde (Matta; Moreno, 2014).

Os indicadores podem subsidiar a avaliação de serviços de saúde na perspectiva do desempenho e qualidade dos serviços de saúde (Opas, 2018). No que concerne a qualidade dos indicadores, esta é um reflexo dos componentes utilizados em sua elaboração e da precisão dos sistemas de informação nos quais foram registrados, coletados ou transmitidos os dados. A excelência dos indicadores é determinada por atributos que estes devem possuir, dentre eles a validade, que é capacidade medir aquilo se pretende medir (Opas, 2018; Ripsa, 2008).

Comumente a validade de um indicador é estabelecida por sua capacidade de detectar o fenômeno analisado, isto é sua sensibilidade. Além disso, a validade também se refere a especificidade que é a capacidade de identificar apenas o fenômeno estudado (Ripsa, 2008).

Assim, o processo de criação e escolha de indicadores deve ser feita considerando-se, além da sua importância para o sistema, as suas propriedades psicométricas.

2.4 Propriedades Psicométricas de Instrumentos de medida e validação de conteúdo

Ao se elaborar instrumentos de medidas requer-se a observância de cuidados que vão assegurar os resultados obtidos na aplicação destes instrumentos, sejam eles um questionário, um teste, ou outra técnica de aferição, o sucesso é atingido quando se conseguem resultados confiáveis para a solução de um problema de pesquisa ou relatório profissional (Martins, 2006).

Propriedades psicométricas são utilizadas para estabelecer qualidade de instrumentos de avaliação. Dentre as principais propriedades psicométricas, a validade é a capacidade de um instrumento medir com exatidão o evento a ser estudado (Collares; Logulo; Grec, 2012; Pilatti; Pedroso; Gutierrez, 2010).

Reconhecer métodos psicométricos apropriados para a avaliação da validade de um instrumento de medida é o primeiro passo para assegurar a boa qualidade de um instrumento (Cunha et al., 2016). É crescente o número de escalas e questionários à disposição na área de saúde (Alexandre; Coluci, 2011). Tais instrumentos de avaliação fazem parte da prática clínica e pesquisa em saúde, no entanto, não há uma uniformização na elaboração destes. Por isso, para serem úteis, os instrumentos devem denotar boas propriedades psicométricas, dentre elas a validade (Keszei; Novak; Streiner, 2010). A certificação da qualidade do instrumento e a utilização dos resultados obtidos na aplicação relacionam-se com o quão exigente foram os aspectos de validade e confiabilidade abordados (Souza; Alexandre; Guirardello, 2017).

Um fator importante a ser considerado na construção de instrumentos (escalas, questionários) de avaliação é a linguagem, que deve ser clara e compreensível. A escrita deve ser focada no público alvo da aplicação, visto que o nível de leitura e compreensão de termos varia de população a população. O instrumento deve ser também testado no grupo alvo, com o objetivo de verificar se os termos utilizados são compreensíveis. Outra questão a ser considerada na linguagem empregada, é o uso de termos confusos e ambíguos que podem acarretar em respostas não intencionais, a depender da interpretação do participante da avaliação (Keszei; Novak; Streiner, 2010).

A validade de conteúdo possui a finalidade de estimar o grau onde os elementos de um instrumento de medida são relevantes e representativos do constructo alvo com a finalidade particular de avaliação (Haynes; Richard; Kubany, 1995).

Este estudo trata da validade de conteúdo, as existências deste tipo de validade apontam que a escolha e o formato dos itens de um instrumento avaliado exprimem de forma consistente e adequada o conteúdo que se pretende medir. Possuir evidências de validade de conteúdo, por conseguinte, é uma exigência para avaliações de qualidade (Collares; Logulo; Grec, 2012).

A validação de conteúdo não possui aplicação de teste estatístico próprio, como resultados são usadas abordagens qualitativas geralmente através de uma avaliação especialistas na área (Kimberlin; Winterstein, 2008). Este grupo de especialistas é composto tanto por especialistas da área como também por especialistas leigos. Os especialistas da área são os profissionais que possuem publicações na área ou possuem atuação no assunto pesquisado, já os especialistas leigos são aqueles que irão se deter no desenvolvimento dos itens quanto a clareza dos itens (Rubio *et al.*, 2003).

Quanto ao número de especialistas que podem compor o comitê de especialistas a literatura é diversa, entretanto recomenda-se pelo menos três e no máximo 10 especialistas para

cada grupo (profissionais e especialistas leigos), deste modo a amostra pode variar de 6 a 20 pessoas no comitê de especialistas (Rubio *et al.*, 2003).

O processo de validação de conteúdo pode ocorrer com os especialistas de forma presencial ou não. Na abordagem presencial, o pesquisador atuará como um facilitador do processo. Já no caso da abordagem não presencial, um formulário de validação é enviado aos especialistas com instruções claras a respeito da validação de conteúdo. A definição do tipo de abordagem irá depender de um conjunto de fatores que são: custo, tempo e taxa de resposta, ambos possuem vantagens e desvantagens, no entanto, a abordagem não presencial pode ser mais eficiente se houver um acompanhamento junto aos especialistas por parte do pesquisador (Yusoff, 2019).

Um dos métodos amplamente utilizado para validação de conteúdo é o método Delphi, que se caracteriza pela busca do consenso em temáticas ainda não consolidadas ou em pesquisas onde a temática é complexa. Sua aplicação ocorre por intermédio de diversas rodas de consultas a um grupo de especialistas, das quais as respostas serão analisadas simultaneamente para fins de se obter um consenso (Santos; Vidotto; Giublin, 2008). O coeficiente de validade de conteúdo (CVC) foi elencado para a realização da mensuração quantitativa do consenso entre os especialistas, este método foi criado com a finalidade de responder de forma oportuna a validação de conteúdo.

A aplicação do método Delphi ocorre da seguinte maneira: perguntas acerca de uma determinada temática são apresentadas de forma ordenada e regular ao grupo de especialistas. Pressupõem a organização de um grupo de especialistas em determinada área do conhecimento, que irão responder questões, acerca do problema de pesquisa que deve estar de forma clara e evidente definido. Ao fim de cada rodada, a síntese dos resultados das perguntas anteriores é transmitida ao grupo de especialistas, que, após realizarem nova análise devolvem suas análises críticas do conteúdo. Novas perguntas podem ser inseridas no decorrer das etapas, de modo a estimular os especialistas a reflexão. As rodadas devem se suceder até que o consenso seja alcançado (Santos; Vidotto; Giublin, 2008).

Na validação de conteúdo os especialistas são incentivados a fazer comentários de forma verbal ou por escrito, estes comentários serão utilizados para melhorar a relevância dos itens no instrumento em processo de validação (Yusoff, 2019).

Em virtude disso, pesquisas com validação de conteúdo utilizando o método Delphi, são proveitosas para os pesquisadores que a aplicam pois, a utilização do comitê de especialistas fornecerá informações necessárias sobre a qualidade e aperfeiçoamento da medida recém

desenvolvida, pois este mesmo comitê de especialistas fornecem sugestões para o aprimoramento do instrumento (Rubio *et al.*, 2003).

Ao se conduzir um estudo de validade de conteúdo existem algumas limitações que devem ser considerados: o feedback dos especialistas é subjetivo, vieses entre os especialistas podem acometer o estudo, também não eximem a necessidade de aplicação de testes psicométricos adicionais, nesse tipo de estudo, caso um conteúdo tenha sido omitido na construção do instrumento pode ocorrer deste não ser apontado para inserção no instrumento pelos especialistas. Para fins de minimizar este último, os especialistas são convocados a sugerir itens que possam estar ausentes (Rubio *et al.*, 2003).

3 Métodos

O presente estudo foi constituído por duas etapas: a) revisão de escopo; b) construção da matriz de indicadores e validação de conteúdo da matriz de indicadores. A coleta de dados foi desenvolvida no período de 26/01/23 a 23/05/24.

A revisão de escopo foi realizada conforme o método de revisão proposto pelo Joanna Briggs Institute (JBI) (Micah et al., 2020). Este método visa realizar um rastreio nos conceitos fundamentais encontrados na literatura mundial acerca de determinada área do conhecimento. Este tipo de revisão possui uma cobertura abrangente da literatura e é utilizada para identificar lacunas de conhecimento científico. O protocolo da revisão foi registrado no Open Science Framework em 12 de setembro de 2023 (DOI 10.17605/OSF.IO/BHMSC).

As demais etapas da presente pesquisa, possuem um desenho de estudo do tipo metodológico que engloba o desenvolvimento e validação de conteúdo de uma matriz de indicadores produzidos a partir dos sistemas de informação em saúde no SUS para orientar a avaliação do componente da Atenção Especializada em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência com um delineamento transversal.

A pesquisa metodológica abrange investigação de métodos de obtenção e organização de dados e condução de pesquisas rigorosas. Os estudos metodológicos versam sobre o desenvolvimento, a validação e a avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa (Polit; Beck, 2011).

3.1 Revisão de Escopo

Na primeira etapa, foi realizada uma revisão de escopo, uma vez que esse tipo de revisão permite um aprofundamento no conhecimento de forma exploratória, sobre a existência de indicadores que possam avaliar o componente especializado da RCPD, uma área de conhecimento onde se pretende identificar as lacunas existentes na literatura científica.

A estratégia de busca foi construída na base de dados PubMed/MEDLINE onde as palavras-chave e os termos em inglês foram sintetizados respeitando a estratégia de busca PCC. Foi utilizado o mnemônico: P - População, C - Conceito e C - Contexto. Foram definidos os elementos: População (serviços de saúde); Conceito (indicadores) e Contexto (sistemas de informação). Com base nesta estratégia foi definida a pergunta norteadora: Quais indicadores calculados com dados dos sistemas de informação podem orientar a avaliação dos serviços de saúde e que podem ser adaptados a RCPD?

Inicialmente foi realizada uma busca na plataforma de busca: PubMed com a elaboração da estratégia de busca, posteriormente foram consultadas adaptando a estratégia de busca para cada base de dados: Scopus, Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico. Os descritores foram: Health Services AND Health Status Indicators AND Health Information Systems.

A Scopus foi escolhida por conta da sua abrangência, composta por publicações que abarcam a produção mundial de pesquisa e por seu caráter multidisciplinar. Já a Scielo e a BVS, ambas foram selecionadas por abarcarem estudos nacionais e da América Latina. Por fim, o Google Acadêmico foi escolhido a fim de levantar teses, dissertações e manuais. As bases de dados foram acessadas pelo portal de periódicos CAPES por meio do acesso Café, disponibilizados aos estudantes de pós-graduação da Universidade Federal de Pernambuco - UFPE.

Os critérios de inclusão adotados foram: artigos, dissertações, teses e manuais que estejam disponíveis na íntegra, nos idiomas: português, inglês ou espanhol, com presença de indicadores construídos a partir dos Sistemas de informação em Saúde (SIS). Os critérios de exclusão: estudos que não abordem serviços de saúde, redes de atenção à saúde (RAS) ou linhas de cuidado em saúde, que incluam indicadores que não possam ser obtidos nos sistemas de informação ou indicadores que possam ser obtidos em sistemas de informação não equivalentes aos sistemas brasileiros, que não estejam disponíveis na íntegra e publicações duplicadas.

Posteriormente, foi realizada uma avaliação por duas fonoaudiólogas de forma independente. A primeira avaliadora possui bacharelado em Fonoaudiologia, residência multiprofissional em Saúde Coletiva e seis anos de experiência na Secretaria Estadual de Saúde-PE, a segunda avaliadora possui bacharelado em Fonoaudiologia, com especialização em Andamento da Fonoaudiologia Hospitalar e mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde da Comunicação Humana. Todos os estudos foram identificados conforme os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. As divergências entre as revisoras foi tratada por um terceiro revisor, Doutora em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães IAM/Fiocruz com experiência na RCPD, que definiu pela permanência ou exclusão do estudo. Os estudos que responderam à questão norteadora foram lidos na íntegra e suas referências analisadas em busca de estudos adicionais.

As informações extraídas dos estudos foram: ano de publicação, autor, título, tipo de estudo, objetivo geral, indicadores trabalhados, sistemas de informação utilizados e indicadores possíveis de serem aplicados a avaliação da rede de reabilitação.

Por fim, o agrupamento e síntese dos resultados foram organizados em quadros que foram elaborados no programa Microsoft Excel, com o objetivo de apresentar uma visão geral de todo o material. Além disso, foi elaborado um diagrama de fluxo por meio do programa Diagrams.net, software livre disponível no Gmail da Google, para exposição de forma consolidada dos resultados encontrados e o prosseguimento da segunda etapa, a construção da matriz de indicadores.

Em seguida, os dados foram analisados afim de responder o objetivo da pesquisa, identificando indicadores que possam ser utilizados para avaliar o componente especializado da RCPD ou indicadores que possuam a potencialidade de avaliação de redes de atenção à saúde e possam ser adaptados a RCPD.

3.2 Desenvolvimento da matriz de indicadores

Na segunda etapa, a construção da matriz de indicadores preliminar ocorreu após a revisão de escopo com levantamento de indicadores na perspectiva de serem aplicados aos Sistemas de Informação em Saúde (SIS) a seguir: no Sistema de Informação Ambulatorial (SIA), Sistema de Informação Hospitalar (SIH), Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde (CNES) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Para as informações censitárias acerca do percentual de pessoas com deficiência foram considerados os dados dos censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Todos esses sistemas tem potencial para produzir dados acerca do componente atenção especializada em reabilitação da RCPD sobre a situação na qual deseja intervir, e permite, ainda, fazer comparações, monitorar e avaliar as mudanças ao longo do tempo (Opas, 2018).

Após o levantamento bibliográfico, foi elaborado um esboço com indicadores obtidos na revisão, adaptações e elaboração de novos indicadores. Na ocorrência de indicadores similares, foi selecionado o indicador mais aplicado em pesquisas. Adaptou-se o modelo de ficha de indicadores da OPAS e Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa, 2008; Opas, 2018a), desta forma foram inseridas informações quanto ao: objetivo, fonte (SIS utilizado), método de cálculo, nível de desagregação, periodicidade, tipo do indicador (categoria), parâmetro de avaliação, referência utilizada para o parâmetro e observações. Os indicadores foram agrupados e organizados segundo as categorias: indicadores de estrutura, indicadores de processo e indicadores de resultado (APÊNDICE B) (Donabedian, 1988, 2001).

Os critérios para seleção dos indicadores elencados para a avaliação da RCPD foram: possuíam dados disponíveis no SIA, SIH, CNES e SINASC e se destinavam a avaliar cobertura, qualidade e estrutura da assistência e oferta de recursos humanos (BRASIL, 2012b). Foi também considerado se o método de cálculo estava descrito de forma clara para a sua reprodução e/ou adaptação.

As adaptações realizadas para que os indicadores encontrados retratassem o objetivo da pesquisa foram: alteração de numerador para estabelecimentos que contemplem a atenção especializada em reabilitação (serviços de reabilitação, CEO com habilitação RCPD e Oficinas Ortopédicas), substituição de numerador de profissionais da fonoaudiologia para todos os profissionais que compõem as equipes de atendimento no CER, mudança de numerador consultas médicas para consultas de acompanhamento de implante coclear e AASI, troca de numerador e denominador de realização de procedimentos hospitalares na macrorregião de saúde para procedimentos de reabilitação na macrorregião

Foram mapeados dados a partir do levantamento de informações disponíveis nos SIS relativos a produção de procedimentos para as PcDs. Para o levantamento de códigos de Forma de Organização e Procedimentos, foi utilizado Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP).

A matriz de indicadores é um instrumento que dispõe um conjunto de indicadores, além disso traz explicações quanto as suas características essenciais. Ademais, os indicadores elencados em uma matriz de indicadores devem pautar-se em alguns critérios, são eles: relevância para a compreensão da real situação de saúde, validade a fim de embasar decisões políticas e apoio ao controle social, identidade com os processos de gestão e também disponibilidade de fontes regulares. Este último visa garantir a atualização dos indicadores (Ripsa, 2008).

3.3 Estudo metodológico de validação de conteúdo da matriz de indicadores

Para etapa de validação de conteúdo, a amostra foi não probabilística, isto é, foram considerados participantes da pesquisa especialistas ou juízes, recrutados pelos informantes chave com experiências diversas nos distintos pontos da RCPD e/ou da área de sistemas de informação em saúde.

O comitê de juízes seguiu as orientações de Pasquali (1998), que sugere no mínimo seis a vinte especialistas participando do processo de validação, sendo pelo menos três de cada grupo de profissionais selecionados. O Comitê de Juízes foi composto por um conjunto de 09

especialistas (*experts*), sendo 03 especialistas na área dos sistemas de informação, 03 profissionais que atuam nos diversos níveis de atenção da RCPD e 03 profissionais da saúde com atuação em ambientes acadêmicos.

A seleção dos juízes considerou a formação e a experiência com a RCPD ou com os sistemas de informação em saúde. Nos casos em que algum juiz selecionado reunisse critérios que o habilitasse em mais de um grupo de especialistas, foi alocado conforme a necessidade da composição dos grupos. O grupo de membros da academia, foi incluído na amostra para que houvesse a correção de termos e frases na elaboração dos indicadores que não estivessem escritas de forma inteligível (Alexandre; Coluci, 2011; Rubio *et al.*, 2003).

Para os três grupos que compuseram o comitê de juízes, foi seguido os seguintes critérios de inclusão:

Quadro 1. Critérios de inclusão para o comitê de especialistas

Critérios de Inclusão	GRUPO		
	Especialistas de Sistemas de Informação	Especialistas da RCPD	Especialistas Membros da Academia
1	Ter experiência com o manuseio dos Sistemas de Informação	Ter experiência na Gestão e/ou atuar na RCPD	Ser profissional da saúde sem atuação em gestão municipal e/ou estadual ou na RCPD
2	Ter conhecimento acerca da construção de Indicadores de saúde	Ter conhecimento acerca da construção de Indicadores de saúde	Representantes de espaços acadêmicos: Ser ligado há algum programa de graduação, mestrado ou doutorado na área de concentração ciências da saúde
3	Ter no mínimo 2 anos de atuação profissional na gestão municipal e/ou estadual	Ter no mínimo 2 anos de atuação profissional no componente da rede especializada em reabilitação	

Fonte: autora

As informações quanto a formação e experiência do Comitê de Especialistas foram certificadas através de um questionário que com questões relativas aos critérios de inclusão e uma breve caracterização dos juízes (APÊNDICE C).

Para a seleção do comitê de especialistas, foi realizada a técnica bola de neve, que consiste em um processo em cadeia de referências iniciado pelos informantes chaves que atuam como “sementes” que auxiliam no processo de localizar pessoas com o perfil necessário para a pesquisa (Vinuto, 2014).

Os juízes especialistas, foram convidados a participar da pesquisa por meio de contato por mensagem telefônica e via correio eletrônico, no qual foi enviado um link para o Formulário

da Google (Google Forms®) e Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE), além de um questionário com perguntas para caracterização dos especialistas, com informações referentes a experiência profissional e acadêmica, além de indicação da área de atuação. Foi também encaminhada uma planilha de Excel com um conjunto de 15 indicadores a serem avaliados segundo os critérios indicados no material e que deveriam ser devolvidos em um prazo de 15 dias.

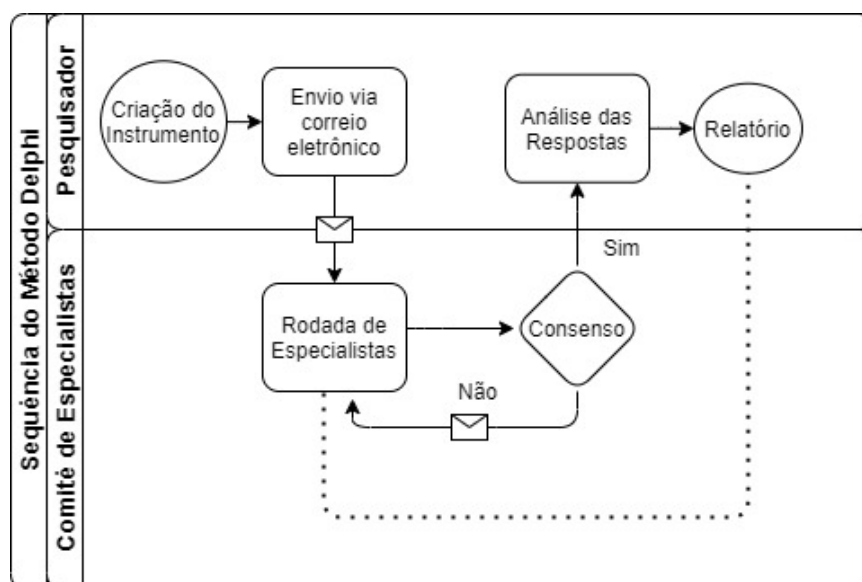
A primeira rodada contou com 9 juízes, três juízes por grupo, aqueles que não responderam no prazo estabelecido foram realizados um novo contato por mensagem telefônica e correio eletrônico para estabelecimento de um prazo adicional de 10 dias. Aqueles que não realizaram a devolutiva foram excluídos da pesquisa.

Os juízes foram orientados a avaliar os indicadores segundo: linguagem clara (o nome do indicador descreve o que se pretende medir), método de mensuração adequado (o cálculo estabelecido traduz o objetivo), fonte de dados (as fontes de dados selecionadas estão adequadas), viabilidade de aplicação (possui disponibilidade de dados), possui tempo hábil (possui capacidade de ser coletado em tempo oportuno), reprodutividade (os resultados encontrados são iguais mesmo quando realizados por pessoas diferentes), sustentabilidade (pode ser coletado de forma contínua), pertinência/relevância (possui capacidade de fornecer informações necessárias para nortear a tomada de decisão) e compreensão (possui capacidade de ser compreendido pelas pessoas que serão responsáveis pela tomada de decisão) (Opas, 2018).

Após a construção da matriz de indicadores preliminar, foi iniciada a validação de conteúdo pelo comitê de especialistas. Para a análise das etapas de validação de conteúdo dos indicadores as respostas dos especialistas foram examinadas de modo a detectar concordâncias, divergências, consensos e sugestões em relação ao instrumento com os indicadores e foram tabulados no Programa Microsoft Office Excel 2010.

A validação seguiu os princípios da técnica Delphi, que consiste numa consulta a um grupo de especialistas através de um questionário, que retorna aos especialistas contínuas vezes até que haja um consenso (Terence; Alves, 2000).

Figura 1. Sequência de execução do Método Delphi via internet



Fonte: Adaptação de figura (Santos; Vidotto; Giublin, 2008).

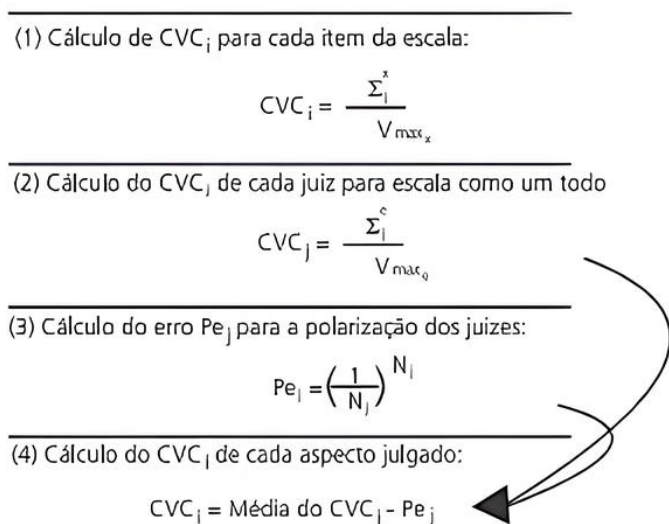
Para cada indicador (item) foi utilizada uma escala tipo Likert de 1 a 4 para marcação pelo especialista. A escala tipo Likert utilizada neste estudo, possui pontuação de um a quatro, sendo as respostas: 1 (item não relevante), 2 (item necessita de grande revisão para se tornar relevante), 3 (item relevante, mas necessita de pequenas alterações) e 4 (item absolutamente relevante).

Após devolução das avaliações, foi realizada análise das sugestões e uma análise quantitativa do instrumento através do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), bem como as alterações consideradas pertinentes. De acordo com as sugestões e o CVC na primeira rodada, foram realizadas adequações na matriz de indicadores, a fim de se obter o consenso entre os avaliadores na segunda rodada.

Para fins de realização do cálculo do CVC, foram realizados os seguintes passos: obteve-se as médias das notas dos juízes; dividiu-se as médias pelo valor máximo que a questão poderia receber; calculou-se o erro; dividiu-se o valor 1 pelo número de juízes avaliadores, elevou pelo mesmo número de avaliadores; e subtraiu-se a média do cálculo obtido pela média do erro. Para este estudo foi considerada concordância aceitável os itens que apresentaram um CVC igual ou acima de 0,80 (Cassepp-Borges, 2010; Silveira *et al.*, 2018).

Ao final foram realizadas duas rodadas de avaliação com os juízes. Na primeira rodada participaram 9 juízes e na segunda rodada, 8 juízes. Na segunda rodada um dos juízes do grupo Especialistas da RCPD, não realizou a devolutiva, após o prazo adicional de 10 dias e contatos via mensagem para indicação do prazo estabelecido, assim foi excluído da segunda rodada.

Figura 2. Fórmula para execução do Coeficiente de Validade de Conteúdo



Fonte: (Filgueiras et al., 2015).

3.3 Considerações éticas:

O presente estudo faz parte de um projeto maior intitulado “Avaliação da rede de cuidados à saúde da pessoa com deficiência: um olhar sobre a implantação, a coordenação da atenção e o contexto histórico em Pernambuco” seguiu os preceitos da Resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco, sob o número do parecer 4.435.152 e da CAAE 38329220.0.0000.5208 (Anexo B).

O contato inicial foi por meio de uma carta convite enviado por e-mail para os nove especialistas que compuseram o comitê de juízes deste trabalho, explicando o objetivo do estudo, a metodologia e a função do comitê de juízes nesta pesquisa. Aqueles que aceitaram compor o comitê de juízes deveriam preencher o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

4. Resultados:

4.1. - Indicadores baseados nos sistemas de informação em saúde para avaliação da atenção especializada em reabilitação: uma revisão de escopo

Este artigo segue as normas de Publicação da Revista CoDAS (ANEXO C)

Indicadores baseados nos sistemas de informação em saúde para avaliação da atenção especializada em reabilitação: uma revisão de escopo

Indicators based on health information systems to assess specialized rehabilitation: A scoping review

Autores: Pollyana Ribas de Oliveira¹; Mirella Bezerra Rodrigues Vilela²; Edla Edna da Silva³; Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima⁴

¹ Fonoaudióloga; Sanitarista; Mestranda em Saúde da Comunicação Humana Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil.

² Fonoaudióloga; Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães CPqAM/Fiocruz; Professora do departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

³ Fonoaudióloga; Mestranda em Saúde da Comunicação Humana Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil.

⁴ Fonoaudióloga; Doutora em Saúde Pública pelo Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães CPqAM/Fiocruz; Professora do departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

Pesquisa realizada no Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunicação Humana da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil.

Endereço para correspondência: Pollyana Ribas de Oliveira. Departamento de Fonoaudiologia. Rua Profº Artur de Sá, s/n – Cidade Universitária–Recife/PE–CEP: 50670-420. E-mail: pollyanaribas@gmail.com

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Pollyana Oliveira é a autora principal do estudo, sendo responsável pela coleta, análise dos dados e redação. Edla Silva participou da análise e coleta de dados. As autoras Mirella Rodrigues e Maria Luiza Lima são responsáveis pela orientação da pesquisa.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - código de financiamento 001

RESUMO

Objetivo: identificar as evidências na literatura acerca dos indicadores que orientem a avaliação da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) a partir dos sistemas de informação em saúde. **Método:** Trata-se de uma revisão de escopo, estruturada conforme o Joanna Briggs Institute e as diretrizes PRISMA- SCR. Para a construção da pergunta de pesquisa, foi utilizado o mnemônico PCC: População (serviços de saúde); Conceito (indicadores) e Contexto (sistemas de informação), assim foi definida a seguinte pergunta norteadora: Quais indicadores calculados com dados dos sistemas de informação podem orientar a avaliação dos serviços de saúde? Foram utilizadas as bases de dados: PubMed, Scopus, Scielo, BibliotecaVirtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico. **Resultados:** Foram localizados 2.699 estudos, sendo 348 excluídos por serem duplicatas. Após a leitura do título e resumo permaneceram 57 estudos e, a partir da leitura do texto completo, foram incluídos 17 estudos e mais dois através de busca manual, totalizando 19 estudos. A maior parte deles utilizaram o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) (9) respectivamente, e não classificou o desenho do estudo (7). Foi possível observar que os indicadores mensurados a partir dos sistemas de informação relacionavam-se à avaliação de oferta de procedimentos, cobertura da assistência, oferta de recursos humanos e equipamentos de saúde. Foram seis estudos selecionados para a adaptação e/ou construção dos indicadores para avaliar a atenção especializada da RCPD, sendo onze indicadores adaptados e um utilizado na íntegra. **Conclusão:** A revisão permitiu o levantamento de um conjunto de indicadores que podem ser usados ou adaptados para a avaliação da atenção especializada em reabilitação.

Descritores: Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência, Sistemas de Informação em Saúde, Indicadores de Saúde

ABSTRACT

Objective: to identify evidence in the literature about indicators that guide the evaluation of Specialized Care of the Care Network for People with Disabilities (RCPD) based on health information systems. **Method:** This is a scoping review, structured according to the Joanna Briggs Institute and the PRISMA-SCR guidelines. To construct the research question, the mnemonic PCC was used: Population (health services); Concept (indicators) and Context (information systems), thus defining the following guiding question: Which indicators calculated with data from information systems can guide the evaluation of health services? The following databases were used: PubMed, Scopus, Scielo, Virtual Health Library (BVS) and Google Scholar. **Results:** 2,699 studies were located, of which 348 were excluded for being duplicates. After reading the title and abstract, 57 studies remained, and after reading the full text, 17 studies were included, plus two more through manual search, totaling 19 studies. Most of them used the Outpatient Information System (SIA) and the Hospital Information System (SIH) (9) respectively, and did not classify the study design (7). It was possible to observe that the indicators measured from the information systems were related to the evaluation of the provision of procedures, coverage of care, provision of human resources and health equipment. Six studies were selected for the adaptation and/or construction of indicators to evaluate specialized care of the RCPD, of which eleven indicators were adapted and one used in full. **Conclusion:** The review allowed the survey of a set of indicators that can be used or adapted to evaluate specialized care in rehabilitation.

Descriptors: Health Services for People with Disabilities, Health Information Systems, Health Indicator

INTRODUÇÃO

Dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) contínua, realizada em 2022, identificaram 18 milhões de pessoas, com dois anos ou mais, que apresentam algum tipo de deficiência no Brasil, representando 8,9% da população. Este percentual tem respaldo na adoção da linha de corte recomendada pelo Grupo de Washington e visa a comparabilidade entre os países com dados censitários acerca das pessoas com deficiência(1,2).

O número crescente de pessoas com deficiência, doenças crônicas e envelhecimento da população tem elevado a demanda por reabilitação(3). Essas mudanças, apontam a necessidade de alteração no fluxo de atendimentos e ampliação da RCPD (4,5).

A RCPD é estruturada pelos seguintes componentes: a Atenção Básica (AB); a Atenção Especializada Ambulatorial em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências; a Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência (4,5). E prevê a criação, ampliação e articulação dos pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência (PcD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), com o cuidado integral de forma a ofertar as ações e serviços de saúde articulados em rede, fomentadas pelo Planejamento Regional Integrado (4).

Concebe-se uma nova lógica para a RCPD, onde o cuidado às PcDs deverá ser de forma integral, articulada, efetiva e com a atenção primária à saúde como coordenadora do processo. Nesse sentido, a reabilitação deve conter ações interligadas com os outros pontos de atenção da rede e não estar limitada a Atenção Especializada. (3–5).

Na AB, Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência persistem desafios para alcançar um cuidado que seja ofertado de forma contínua, sem barreiras no acesso e que atenda as singularidades da pessoa com deficiência (PcD). Além disso, a oferta dos serviços de reabilitação ocorre quase em sua totalidade na Atenção Especializada, devido a visão de que os serviços de reabilitação representam todas as necessidade de cuidado às PcDs. Como consequência, o cuidado tem sido assumido contraditoriamente ao preconizado, quase que exclusivamente pela Atenção Especializada. (3,6).

Tendo em vista esse processo de mudança na RCPD e sua complexidade, o monitoramento e avaliação torna-se latente, onde são necessários parâmetros que possam monitorar a rede, orientar decisões de gestão, definir fluxos e otimizar recursos financeiros.

Instrumentos com o reconhecimento da sua qualidade são necessários para a credibilidade e legitimidade dos resultados encontrados em pesquisas (7).

Os indicadores de saúde possuem a finalidade de nortear a tomada de decisão em saúde baseada em evidências com o propósito de melhorar a saúde e reduzir desigualdades na população, além disso podem ser utilizados para avaliar medidas de saúde que foram empregadas pela gestão (8).

A identificação destes indicadores visa potencializar a avaliação da rede, tendo em vista já serem dados disponíveis, na mesma medida em que o uso de dados dos SIS estimula a qualificação da informação em saúde. No entanto, na busca na literatura não foram identificados indicadores válidos e que possuam fácil e amplo acesso aos dados para a sua aplicação e reprodutibilidade para desencadeamento dos processos avaliativos do componente especializado da RCPD.

A presente pesquisa tem por objetivo identificar as evidências na literatura acerca dos indicadores que orientem a avaliação da Atenção Especializada da RCPD a partir dos sistemas de informação em saúde.

ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Trata-se de uma revisão de escopo estruturada conforme o método de revisão proposto pelo Joanna Briggs Institute (9) e as diretrizes PRISMA- SCR (10). O protocolo da revisão foi registrado no Open Science Framework em 12 de setembro de 2023 (DOI 10.17605/OSF.IO/BHMSC).

A estratégia de busca foi construída na base de dados PubMed/MEDLINE onde as palavras-chave e os termos em inglês foram sintetizados respeitando a estratégia de busca PCC. Foi utilizado o mnemônico: P - População, C - Conceito e C - Contexto. Foram definidos os elementos: População (serviços de saúde); Conceito (indicadores) e Contexto (sistemas de informação). Com base nesta estratégia foi definida a pergunta norteadora: Quais indicadores calculados com dados dos sistemas de informação podem orientar a avaliação dos serviços de saúde?

Inicialmente foi realizada uma busca na plataforma de busca: PubMed com a elaboração da estratégia de busca, posteriormente foram consultadas adaptando a estratégia de busca para cada base de dados: Scopus, Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico. A busca foi realizada no período de 26/01/23 e 31/01/23. Os descritores foram: Health Services AND Health Status Indicators AND Health Information Systems.

CRITÉRIOS DE SELEÇÃO

Critérios de inclusão: artigos, dissertações, teses e manuais disponíveis na íntegra, nos idiomas: português, inglês ou espanhol, com presença de indicadores construídos a partir dos Sistemas de informação em Saúde (SIS).

E como critérios de exclusão: estudos que não abordem serviços de saúde, redes de atenção à saúde (RAS) ou linhas de cuidado em saúde, que incluam indicadores que não possam ser obtidos nos sistemas de informação ou indicadores que possam ser obtidos em sistemas de informação não equivalentes aos sistemas brasileiros, que não estejam disponíveis na íntegra e publicações duplicadas.

ANÁLISE DOS DADOS

Posteriormente, foi realizada uma avaliação por duas fonoaudiólogas de forma independente. A primeira avaliadora possui bacharelado em Fonoaudiologia, residência multiprofissional em Saúde Coletiva e seis anos de experiência na Secretaria Estadual de Saúde-PE, a segunda avaliadora possui bacharelado em Fonoaudiologia, com especialização em andamento da Fonoaudiologia Hospitalar e mestranda do Programa de Pós Graduação em Saúde da Comunicação Humana. Todos os estudos foram identificados conforme os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. As divergências entre as revisoras foi tratada por um terceiro revisor, Doutora em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães IAM/Fiocruz com experiência na RCPD, que definiu pela permanência ou exclusão do estudo. Os estudos que responderam à questão norteadora foram lidos na íntegra e suas referências analisadas em busca de estudos adicionais.

As informações extraídas dos estudos foram: ano de publicação, autor, título, tipo de estudo, objetivo geral, indicadores encontrados, sistemas de informação utilizados e indicadores possíveis de serem aplicados a avaliação da rede de reabilitação.

Por fim, resultou em um agrupamento e síntese dos resultados em quadros que foram elaborados no programa Microsoft Excel, com o objetivo de apresentar uma visão geral de todo o material, além disso foi elaborado um diagrama de fluxo, o software utilizado foi o Diagrams.net, software livre disponível no Gmail da Google, para exposição de forma consolidada dos resultados encontrados e o prosseguimento da segunda etapa, a construção da matriz de indicadores que possam ser utilizados para avaliar o componente especializado da RCPD ou indicadores que possuam a potencialidade de avaliação de redes de atenção à saúde e possam ser adaptados a RCPD.

Os critérios para seleção dos indicadores elencados para a avaliação da RCPD foram: possuir dados disponíveis no SIA, SIH, CNES e SINASC e se destinavam a avaliar cobertura, qualidade e estrutura da assistência e oferta de recursos humanos (11). Foi também considerado se o método de cálculo estava descrito de forma clara para a sua reprodução e/ou adaptação.

RESULTADOS

A busca nas bases de dados PubMed, Scopus, Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e Google Acadêmico resultou em 2.699 estudos identificados (Figura 1). Após retirada das duplicatas restaram 2.351 estudos. Após as leituras dos títulos e resumos de forma independente dos pesquisadores foram excluídos pelo leitor 1 (2.647 estudos) e pelo leitor 2 (2.595 estudos), o conflito em 33 estudos foi dirimido pelo terceiro avaliador, destes 31 foram incluídos. Restaram para fase de elegibilidade 57 estudos para a leitura na íntegra. Outros dois artigos através de busca manual indicados por meio da técnica snowball. Nesta etapa foram excluídos 13 estudos por não atenderem os critérios de inclusão, 25 publicações realizadas pelo CONASS para cada estado brasileiro com os mesmos indicadores e resultados diferentes, estes foram considerados estudos com conteúdo semelhante e duas duplicatas. Ao final, foram incluídos 19 estudos na revisão.

Quanto aos tipos de estudo, cinco foram estudos ecológicos e dois foram revisões de literatura, os demais tipos apresentaram apenas um dos tipos: coorte, exploratório, transversal, descritivo de processo metodológico de natureza operacional e coorte/transversal e 7 deles não citam o tipo de estudo ou não se enquadram em estudos epidemiológicos, caracterizando-se como manuais (quadro 1).

As publicações destinadas a orientação do uso de indicadores e publicização de análises de indicadores e seus resultados foram identificadas nos anos de 2008 e 2011, sendo uma publicação da OPAS e Caderno de Informação respectivamente. No que se refere, ao país de publicação, todos foram desenvolvidos no Brasil, observa-se que os sistemas de informação mais utilizados foram o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH) (9) respectivamente, o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) foi empregado oito vezes, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC) cinco e quatro vezes, respectivamente, seis estudos empregaram apenas um SIS em suas análises (quadro 1).

Quanto aos indicadores encontrados, os temas que apareceram mais frequentes foram: avaliação da oferta de procedimentos (6), qualidade da assistência (6), cobertura da assistência

(5), oferta de recursos humanos (3) e equipamentos de saúde (3) e relacionavam-se à avaliação das RAS e linhas de cuidado em saúde. Apenas três estudos apresentaram indicadores que abordavam mais de um tema (quadro 1).

Dos 19 estudos incluídos na revisão, seis foram selecionados para serem utilizados na construção da matriz de indicadores para avaliação do componente especializado em reabilitação. Destes, quatro estudos apresentaram um indicador respectivamente e dois estudos dois indicadores. Apenas um indicador foi utilizado na íntegra e três estudos possuem como tema a cobertura da assistência (quadro 2).

As adaptações realizadas para que os indicadores encontrados retratassem o objetivo da pesquisa foram: alteração de numerador para estabelecimentos que contemplem a atenção especializada em reabilitação (serviços de reabilitação, CEO com habilitação RCPD e Oficinas Ortopédicas), substituição de numerador de profissionais da fonoaudiologia para todos os profissionais que compõem as equipes de atendimento no CER, mudança de numerador consultas médicas para consultas de acompanhamento de implante coclear e AASI, troca de numerador e denominador de realização de procedimentos hospitalares na macrorregião de saúde para procedimentos de reabilitação na macrorregião

DISCUSSÃO

Esse estudo que teve objetivo identificar as evidências na literatura acerca dos indicadores que orientem a avaliação da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) a partir dos sistemas de informação em saúde, encontrou 141 indicadores utilizados em pesquisas na área da saúde, sendo seis desses considerados adequados para a avaliação da RCPD. Esses últimos foram selecionados por se mostrarem, segundo os critérios definidos, adequados para a avaliação da RCPD.

Os indicadores encontrados mostram-se oportunos para uso na avaliação da RCPD, após adaptações. Possuem ampla utilização em pesquisas que objetivam a avaliação em saúde, sendo estes considerados consolidados na literatura científica e apontam a relevância na utilização de dados dos SIS como uma estratégia de gestão. Apesar disso, da sua solidez e ampla utilização, o uso destes indicadores traduzem ainda a avaliação de uma pequena parcela do que se propõem monitorar, isto decorre da falta de dados sensíveis nos SIS para avaliar as políticas de saúde(11).

A maior parte dos estudos, contemplou indicadores elaborados para avaliar outras redes de atenção à saúde, pontos de atenção e serviços específicos não direcionados a RCPD, refletindo a dificuldade no uso de indicadores que possam ser empregados para avaliar

desempenho, continuidade do cuidado e eficiência dos serviços prestados às pessoas com deficiência. A ausência de indicadores que possam ser utilizados para avaliação de serviços de reabilitação, confirma a necessidade de elaboração de novos indicadores ou adaptação dos indicadores encontrados.

Apesar disto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) traz como uma ação estratégica do eixo organização dos serviços de saúde sob uma lógica de rede que sejam estabelecidos critérios e indicadores que visem garantir a qualidade na oferta. Do mesmo modo, a RCPD, suscita a construção de indicadores capazes de realizar o processo de avaliação e monitoramento dos serviços e sua resolutividade na atenção à saúde (4,12).

Em 2011, publicados pelo CONASS (2011), foram encontradas 26 publicações dos Cadernos de informações para gestão estadual do SUS sendo incluído na revisão apenas um caderno como referência por se tratarem de publicações semelhantes. O material apresenta um caráter institucional, destinado a orientar a utilização de indicadores baseados nos SIS, para realização de planejamento e avaliação dos serviços de saúde. A divulgação de indicadores para avaliar a rede de saúde e incentivo a utilização de dados de domínio público exalta a experiência brasileira exitosa na implementação e descentralização de informações em saúde e tem-se destacado como estratégia de gestão (13). Ressalta-se que embora haja iniciativas governamentais na elaboração e difusão de indicadores que possam ser utilizados na avaliação do sistema de saúde, ainda ocorrem lacunas na aplicação e no seu monitoramento (14).

Em 2011 ocorreram mudanças que corroboram com o conteúdo dos estudos, dentre elas: qualidade e cobertura das informações no SINASC, sua consolidação final, incorporação de nova Declaração de Nascidos Vivos (DN) e divulgação oficial no site do DATASUS, conferindo ao mesmo ampliação na cobertura e fidelidade das informações. Nesse contexto, o Mapa de Saúde utilizado pelas regiões de Saúde para identificação das necessidades estabelecido no Decreto nº 7.508 que regulamentou a Lei nº 8.080 e reafirma a regionalização como princípio organizativo com definição das regiões de saúde (15,16).

Os sistemas de informações mais utilizados foram os sistemas de informação em saúde SIA e SIH, que possuem base nacional de dados (17) e são empregados para controle de repasse federais e consideradas como mais abrangentes e antigos no SUS (18). Além disso, a diminuição de sub-registros dos dados vem melhorando a qualidade da informação em saúde nesses sistemas (13). Apesar disso observa-se que a utilização dos SIS, ainda não alcançou toda a sua potencialidade, sendo usado de maneira incipiente pela gestão (19).

No entanto, sabe-se que a utilização de indicadores tornou viável a análise da quantidade e qualidade de serviços de saúde prestados e por conseguinte, a ocorrência de forma adequada e suficiente. Utilizar indicadores como ferramenta de gestão produz resultados superiores na qualidade do serviço, sendo possível identificar a diferença entre unidades de saúde que realizam monitoramento e análise de indicadores daquelas que não realizam. Assim, o monitoramento de indicadores constitui-se como ferramenta de fortalecimento da atenção à saúde, uma vez que possibilita a readaptação dos sistemas de saúde (20).

Os estudos analisados, que aplicaram os sistemas de informação como base para construção de indicadores são publicações nacionais, deve-se destacar que este dado possui relação com o critério de exclusão, no caso indicadores obtidos em sistemas de informação não equivalentes aos brasileiros. O país possui uma longa experiência e tem sido modelo na implementação e utilização de SIS como base para monitorização, planejamento e que podem ser utilizados para a construção de indicadores que visem avaliar as Redes de Atenção à Saúde (13,21).

Estudos encontrados nesta revisão de escopo, apontam as variáveis (denominador e numerador) utilizadas para a elaboração de indicadores que podem ser adaptadas para a avaliação do componente especializado da RCPD. Indicadores de estrutura, que abordem a cobertura da assistência e oferta de recursos humanos são evidenciados como dimensões a serem consideradas ao se avaliar redes temáticas no SUS (22,23). Indicadores de cobertura da assistência devem fornecer informações acerca da necessidade e acesso da população para determinado procedimento e equipamento de saúde, a análise da cobertura identifica o quantitativo ideal para assistência a ser prestada a população, não obstante a necessidade de planejamento em saúde em situações nas quais a cobertura mínima não foi atingida

Como limitações, ressalta-se que esta revisão de escopo restringiu-se a busca de estudos que utilizassem SIS compatíveis com os de base nacional para a construção dos indicadores, fato que gerou uma redução no número estudos incluídos e lidos na íntegra. Além disso, abordou questão de pesquisa mais ampla considerando os serviços de saúde, uma vez que a busca direcionada a serviços de reabilitação mostrou-se inviável pela escassez de estudos.

O mapeamento dos temas dos indicadores indica os elementos essenciais que devem ser analisados na avaliação das RAS, ademais, forneceu estratégias para a construção da metodologia para a formulação de novos indicadores. Assim, mapear indicadores que possam auxiliar no processo de avaliação dos serviços de saúde podem contribuir para a consolidação e construção de um instrumento que vise estimar o funcionamento da RCPD, como também elucidará o desenvolvimento de novos estudos.

CONCLUSÃO

A revisão permitiu o levantamento de um conjunto de indicadores que foram calculados a partir dos sistemas de informação em saúde, para avaliar serviços de saúde e que podem ser adaptados para avaliação da atenção especializada em reabilitação. Este processo favorecerá a etapa de validação dos indicadores de modo a garantir a aplicabilidade para a avaliação da RCPD de forma mais efetiva.

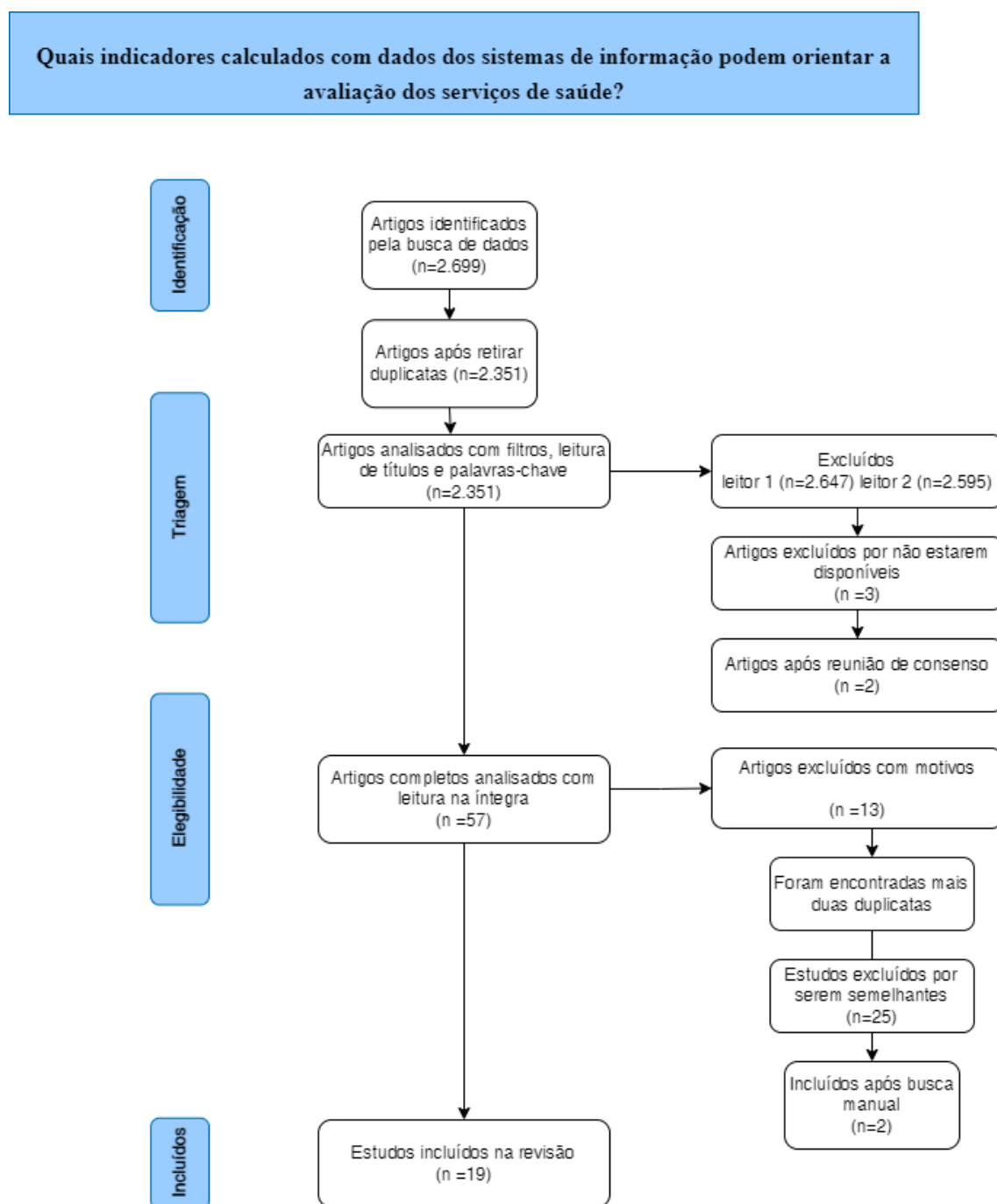
REFERÊNCIAS

1. IBGE. Pessoas com deficiência : 2022 / IBGE, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. 2022.
2. IBGE. Nota Técnica. Censo Demográfico 2010. Vol. 01. 2018.
3. Ribeiro KSQS, Medeiros A de A, Silva SLA da. Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis [Internet]. Editora Rede Unida; 2022. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/redecin-brasil-o-cuidado-na-rede-de-atencao-a-pessoa-com-deficiencia-nos-diferentes-brasis/>
4. Brasil M da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Brasília; 2023.
5. Brasil M da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União Brasília; 2017.
6. Clemente KAP, Silva SV da, Vieira GI, Bortoli MC de, Toma TS, Ramos VD, et al. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. Rev Saude Publica [Internet]. 1º de julho de 2022;56:64. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/200855>
7. Pereira GMC, Oliveira ID de, Silva RD da, Héris HR, Valentim RA de M. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO COMO APOIO À GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde - ISSN:2236-1103. 23 de fevereiro de 2016;
8. OPAS. Indicadores de Saúde. Elementos conceituais e práticos. Washington, D.C.: OPAS. 2018. 91 p.
9. Micah P, Christina G, Patricia M, Zachary M, Andrea T, Hanan K. Chapter 11: Scoping Reviews. Em: E A, Z M, organizadores. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI; 2020.
10. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. Ann Intern Med. 2 de outubro de 2018;169(7):467–73.
11. Romero DE, Castanheira D, Marques AP, Muzy J, Sabbadini L, Silva RS da. Metodologia integrada de acompanhamento de políticas públicas e situação de saúde: o SISAP-Idoso. Cien Saude Colet [Internet]. agosto de 2018;23(8):2641–50. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000802641&lng=pt&tlng=pt
12. Brasil M da Saúde. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União Brasília; 2017.
13. Pinto LF, Freitas MPS de, Figueiredo AWS de. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. Cien Saude Colet. junho de 2018;23(6):1859–70.

14. Albuquerque C, Martins M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. *Saúde em Debate*. março de 2017;41(spe):118–37.
15. BRASIL. Decreto nº 7.508, de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde -SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 2011.
16. Ministério da Saúde. Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011. Nota Técnica. Brasília. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica; 2011.
17. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação Assistencial e os Sistemas de Informação/Oficina CONASS. Nota técnica nº 4. Brasília; maio 27, 2015.
18. Coelho Neto GC, Chioro A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? *Cad Saude Publica* [Internet]. 2021;37(7). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2021000705007&tlng=pt
19. Pinheiro ALS, Andrade KTS, Silva D de O, Zacharias FCM, Gomide MFS, Pinto IC. HEALTH MANAGEMENT: THE USE OF INFORMATION SYSTEMS AND KNOWLEDGE SHARING FOR THE DECISION MAKING PROCESS. *Texto & Contexto - Enfermagem* [Internet]. 2016;25(3):1–9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072016000300305&lng=en&tlng=en
20. De Almeida GM, Matos PBL, Da Silva LO, Arantes DC, Lopes AL de N, Souza RNL, et al. Influência do monitoramento de indicadores e informações de saúde bucal no desempenho das equipes de saúde bucal em estado Amazônico. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. 16 de julho de 2020;(51):e3513.
21. de Araújo YB, Rezende LCM, de Queiroga MMD dos SSR. Sistemas de Informação em Saúde: inconsistências de informações no contexto da Atenção Primária. 2016;08.
22. Zarili TFT, Castanheira ERL, Nunes LO, Mendonça CS, Couto CE, Rossato SL, et al. Prevenção, detecção e assistência à deficiência em serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet*. junho de 2024;29(6).
23. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2021;37(3).
24. Botasso K de C, Lima MCMP, Correa CRS. Análise de um programa de saúde auditiva infantil ambulatorial: da triagem ao encaminhamento para reabilitação. *Codas* [Internet]. 2022;34(4). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822022000400305&tlng=pt
25. Vale TM do, Junior ARF, Costa EB da. Sistemas de informação utilizados para planejamento e avaliação em saúde bucal / Information systems used for planning and evaluation in oral health. 2022;25(1):187–98.
26. Siqueira PM, Umeda JE, Naufel FS, Tabchoury CPM, Fujimaki M. Indicadores de produção ambulatorial de Cursos de Odontologia do Brasil. *Revista da ABENO* [Internet]. 2 de novembro de 2022;22(2):1610. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/1610>

27. Silva RPM, Nascimento CMB do, Miranda GMD, Silva VL da, Lima MLLT de, Vilela MBR. Evolução da oferta de Fonoaudiólogos no SUS: um estudo sobre a correlação com os indicadores sociais no Brasil na última década. *Codas* [Internet]. 2021;33(2). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2317-17822021000200303&tIng=pt
28. de Souza A, Andrade MV. FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS: ANÁLISE DA QUALIDADE DOS REGISTROS DECLARADOS AO SIOPS DE 2002 A 2014 PARA A ATENÇÃO BÁSICA. *Revista Planejamento e Políticas Públicas* [Internet]. 11 de fevereiro de 2021;(56):251–82. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/ppp/210218_ppp56_art_9.pdf
29. Botega L de A, Andrade MV, Guedes GR. Profile of general hospitals in the Unified Health System. *Rev Saúde Pública*. 2020;54.
30. Martins M, Lima SML, Andrade CLT de, Portela MC. Indicadores hospitalares de acesso e efetividade e crise econômica: análise baseada nos dados do Sistema Único de Saúde, Brasil e estados da região Sudeste, 2009-2018. *Cien Saude Colet* [Internet]. dezembro de 2019;24(12):4541–54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204541&tIng=pt
31. Assis TR, Chagas VO, Goes RDM, Schafausser NS, Caitano KG, Marquez RA. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde* [Internet]. 20 de dezembro de 2019;13(4). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1595>
32. Tanaka OY, Drumond Júnior M, Gontijo TL, Louvison MCP, Rosa TEC. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. março de 2019;24(3):963–72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019000300963&tIng=pt
33. Araujo DE, Merchan-Hamann E, Da Silva Lima FS, Laguardia J, Urdaneta Gutierrez MM. Avaliação de desempenho das redes de atenção à saúde: uma proposta de indicadores. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde* [Internet]. 30 de setembro de 2016;10(3). Disponível em: <https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1090>
34. Matos PES. Análise da atenção em saúde bucal sob a ótica do sistema de informação da atenção básica [Internet]. [Bauru]: Universidade de São Paulo; 2014. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/25/25144/tde-10102014-144648/>
35. Lamy R de LRF. Indicadores de Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012: um estudo exploratório. [Dissertação (Mestrado)]. – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2014.
36. Mouzinho ME do C. ndicadores para monitoramento da saúde da pessoa idosa: revisão integrativa. [Dissertação - Mestrado]. 2013.
37. Amorim A. A Resolubilidade da Assistência como proposta de indicador para avaliar a descentralização da assistência hospitalar em Minas Gerais. *RAHIS* [Internet]. 4 de outubro de 2013;10(2). Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2102>

38. Silva ALA da. AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MATERNA E NEONATAL: A CONSTRUÇÃO DO ÍNDICE DE COMPLETUDE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR ATRAVÉS DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS [Dissertação - Mestrado]. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Aggeu Magalhães; 2012.
39. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS - 2011 Pernambuco. Brasília; 2011.
40. Luiz O do C, Heimann LS, Boaretto RC, Pacheco AG, Pessoto UC, Ibanhes LC, et al. Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto. Rev Saude Publica [Internet]. fevereiro de 2009;43(1):115–22. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100015&lng=pt&tlng=pt
41. REDE Interagencial de Informação para a Saúde. INDICADORES BÁSICOS PARA A SAÚDE NO BRASIL: CONCEITOS E APLICAÇÕES. Organizaçã. Brasília; 2008.

Figura 1: Fluxograma da busca e seleção de estudos

Fonte: elaborado pela autora (2024).

Quadro 1: Estudos selecionados para leitura na íntegra

Ano	Artigo	Autor	Tipo de Estudo	Objetivo Geral	Indicadores encontrados	SIS utilizados	Tema Geral
2022	Analysis of an outpatient child hearing health program: from screening to referral for rehabilitation(24)	Kátia de Cássia Botasso, Maria Cecília Marconi Pinheiro Lima, Carlos Roberto Silveira Correa	Coorte	Analisar as etapas de um programa de saúde auditiva, da triagem ao encaminhamento para reabilitação, segundo os indicadores de qualidade de programas de triagem neonatal	UM INDICADOR: 1. Cobertura do primeiro exame de EOA em nascidos vivos residentes no município	SINASC	Cobertura da Assistência
2022	Sistemas de informação utilizados para planejamento e avaliação em saúde bucal(25)	Tainá Macedo do Vale, Antônio Rodrigues Ferreira Junior, Ermano Batista da Costa	Revisão integrativa de literatura	Analisar os diferentes Sistemas de Informação em Saúde utilizados para planejamento e avaliação em saúde bucal no Brasil	TRÊS INDICADORES: 1. Taxas mensais de cinco procedimentos odontológicos dos serviços públicos do Brasil, 2. taxa total de procedimentos por mil habitantes, 3. cobertura de Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) por 100 mil habitantes	CNES e SIA	Cobertura da Assistência
2022	Indicadores de produção ambulatorial de Cursos de Odontologia do Brasil(26)	Paula Mayumi Siqueira, Josely Emiko Umeda, Fabiana Scarparo Naufel, Cinthia Pereira MachadoTabchoury, Mitsue Fujimaki	Exploratório	Avaliar a produção clínica de alunos da graduação do curso de Odontologia de Instituições de Ensino Superior (IES) públicas brasileiras, no período de 2014 a 2019, por meio da construção de indicadores de procedimentos clínicos odontológicos individuais e coletivos	TRÊS INDICADORES: 1. Produção em cada grupo de procedimentos por ano, 2. Núm. de vagas ofertadas pela IES, 3. Produção ambulatorial das IES por ano e grupo de procedimentos	CNES, SIA SUS, SIGTAP	Oferta de Procedimentos
2021	Evolução da oferta de Fonoaudiólogos no SUS: um estudo sobre a correlação com os indicadores sociais no Brasil na última década(27)	Raul Philipe Marcos Silva, Cynthia Maria Barboza do Nascimento, Gabriella Moraes Duarte Miranda, Vanessa Lima da Silva, Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima, Mirella Bezerra Rodrigues Vilela	Ecológico	Investigar a correlação entre a oferta de Fonoaudiólogos no Sistema Único de Saúde (SUS) e os indicadores sociais no Brasil, entre 2007 e 2016	DOIS INDICADORES: 1. Oferta de Fonoaudiologia no SUS 2. Evolução relativa da oferta	CNES	Oferta de Recursos Humanos
2020	Financiamento público da saúde nos municípios brasileiros: análise da qualidade dos registros declarados ao Siops de 2002 a 2014 para a atenção básica(28)	Aline de Souza, Mônica Viegas Andrade	Não consta	Analisar a consistência dos registros contábeis municipais da atenção básica declarados ao Siops considerando um alto nível de desagregação, englobando as receitas e despesas específicas da ESF	DOIS INDICADORES: 1. Consistência dos registros no Siops para a subfunção atenção básica; 2. Consistência dos registros no Siops para a ESF	Siops	Financiamento

continua

Ano	Artigo	Autor	Tipo de Estudo	Objetivo Geral	Indicadores encontrados	SIS utilizados	Tema Geral
2019	Profile of general hospitals in the Unified Health System(29)	Laura de Almeida Botega, Mônica Viegas Andrade, Gilvan Ramalho Guedes	Transversal	Caracterizar a organização dos hospitais gerais brasileiros que prestam serviços ao Sistema Único de Saúde por meio de indicadores que descrevam as principais dimensões da assistência hospitalar	QUATORZE INDICADORES: 1.Distância média percorrida pelos pacientes do SUS (km), 2.Cuidados não residentes, leitos SUS (%), 3.Volume mensal de cuidados prestados, 4.Procedimentos de média complexidade (%), 5.Procedimentos de alta complexidade (%), 6.Hospitalizações por condições sensíveis à atenção primária –HPCSC (%), 7.Médicos/cama, Enfermeiras/cama, Auxiliares-técnicos de enfermagem/cama, profissionais da alta administração/leito , 8.Tecnologia de média complexidade empregada/leito, Empregado/leito de alta tecnologia, 9.Despesa de hospitalização padronizada (US\$/hospitalização), 10.Índice de rotatividade, 11. Tempo médio de permanência (dias),12.Taxa de ocupação (%),13.Taxa de mortalidade bruta padronizada (%),14.Transferências hospitalares (%)	CNES e o SIH/SUS	Oferta de Procedimentos
2019	Indicadores hospitalares de acesso e efetividade e crise econômica: análise baseada nos dados do Sistema Único de Saúde, Brasil e estados da região Sudeste, 2009-2018(30)	Mônica Martins, Sheyla Maria Lemos Lima, Carla Lourenço Tavares de Andrade, Margareth Crisóstomo Portela	Não consta	Explorar a aplicação de indicadores, facilmente compreensíveis e calculados, passíveis de refletir a crise na rede hospitalar do SUS	QUATRO INDICADORES: 1. Proporção de cirurgias eletivas; 2. Taxa de próteses de quadril em idosos com 60 anos ou mais; 3. Taxa de angioplastias em indivíduos com 20 anos ou mais; 4. Proporção de mortes cirúrgicas no total de internações cirúrgicas	SIH	Cobertura da Assistência
2019	Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil?(31)	Thaís Rocha Assis, Virginia Oliveira Chagas, Raissa de Melo Goes, Raissa de Melo Goes, Nathany Souza Schaufauser, Klara Gomes Caitano, Renatha Almeida Marquez	Ecológico	Apresentar os principais indicadores relacionados à implementação da Rede Cegonha na Regional de Saúde Sudoeste II, do estado de Goiás, entre os anos 2011 e 2015	CINCO INDICADORES: 1. Proporção das gestantes com captação precoce; 2. Proporção de gestantes que realizaram sete ou mais consultas pré-natais e uma consulta de puerpério até 42 dias após o parto;3. Taxas de partos normais e cesáreas;4. Taxa de mortalidade infantil dividida nas suas categorias; 5. Mortes maternas em número absoluto por faixa etária	SIM, Sinasc e SISPRENATAL	Oferta de Procedimentos
2019	Arterial hypertension as a tracer for the evaluation of access to health care.(32)	Oswaldo Yoshimi Tanaka, Marcos Drumond Júnior, Tarcísio Laerte Gontijo, Marília Cristina Prado Louvison, Tereza Etsuko Costa Rosa	Ecológico	Avaliar o uso e o acesso a diferentes serviços envolvidos na atenção à saúde de hipertensos, na rede pública da cidade de São Paulo	OITO INDICADORES: 1. Razão consultas médicas primárias/população; 2. Razão - Consulta médica primária não emergencial / população; 3. Razão - ECG/população; 4. Razão - ECG/consultas médicas primárias; 5. Razão - consulta especializada em cardiologia/consulta médica primária; 6. Número de consultas especializadas em cardiologia;7. Número de ecocardiogramas; 8. Número de ABPMs	SIA e,CNES.	Cobertura da Assistência
2016	Metodologia integrada de acompanhamento de políticas públicas e situação de saúde: o SISAP-Idoso(11)	Dalia Elena Romero, Débora Castanheira, Aline Pinto Marques, Jessica Muzy, Leticia Sabbadini, Raulino Sabino da Silva	Não consta	Apresentar a estratégia de construção do SISAP-Idoso	QUATRO INDICADORES: 1. Causas evitáveis de mortalidade; 2. Causas evitáveis de internação; 3. Cobertura vacinal; 4. Cobertura de PACS e ESF;	SIA, SIM, SI-PNI, SIH, SISAP-Idoso	Qualidade da Assistência
2016	Avaliação do desempenho das redes de atenção à saúde: uma proposta de indicadores(33)	Daiane Ellwanger Araujo, Edgar Merchan-Hamann, Francisca Sueli da Silva Lima, Josué Laguardia, Maria Margarita Urdaneta Gutierrez	Descritivo de processo metodológico de natureza operacional	Identificar indicadores que permitam a avaliação do desempenho das Redes de Atenção à Saúde (RAS) mediante a identificação de agravos de saúde pública no contexto da regionalização do Sistema Único de Saúde	DEZ INDICADORES: 1.Razão de exames citopatológicos do colo do útero na faixa etária de 25 a 64 anos e a população feminina na mesma faixa etária; 2.Cobertura de exames citopatológicos do colo do útero em mulheres da população-alvo de 25 a 64 anos; 3.Percentual de amostras rejeitadas; 4.Percentual de amostras insatisfatórias; 5.Proporção de exames citopatológicos do colo do útero liberados em até 30 dias; 6.Índice de positividade; 7.Razão entre lesão de alto grau e carcinoma epidermoide invasivo em exames citopatológicos de colo do útero; 8.Razão entre exames histopatológicos do colo do útero com diagnóstico NIC III e carcinoma invasor; 9.Proporção de tratamentos iniciados em até 60 dias após a confirmação do diagnóstico de neoplasia; 10.Taxa de mortalidade por câncer do colo do útero	SIA,Siscan, SIM	Qualidade da Assistência

Ano	Artigo	Autor	Tipo de Estudo	Objetivo Geral	Indicadores encontrados	SIS utilizados	Tema Geral
2014	Análise da atenção em saúde bucal sob a ótica do sistema de informação da atenção básica(34)	Patrícia Elizabeth Souza Matos	Ecológico	Fazer uma análise da saúde bucal no Brasil, a partir da coleta de dados secundários oficiais de 27 capitais brasileiras, disponíveis no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), no período entre 2012 e 2013	SEIS INDICADORES: 1. Cobertura populacional estimada das ESB e ESF; 2. Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada; 3. Cobertura da primeira consulta odontológica programática; 4. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas programáticas; 5. Médias de instalação de próteses dentárias; 6. Média de atendimentos de urgência odontológica por habitante;	SIAB	Qualidade da Assistência
2014	Indicadores de Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012: um estudo exploratório(35)	Renata de Lourdes Ribeiro Franco Lamy	Ecológico	Realizar um estudo exploratório dos indicadores de saúde bucal no estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012	OITO INDICADORES: 1.Cobertura de primeira consulta odontológica programática; 2.Razão entre procedimentos odontológicos coletivos e a população de 0 a 14 anos; 3.Proporção de exodontias em relação às ações odontológicas básicas individuais; 4.Cobertura da ação coletiva de escovação dental supervisionada; 5.Média de procedimentos odontológicos básicos individuais; 6.Proporção de procedimentos odontológicos especializados em relação às ações odontológicas individuais; 7.Cobertura populacional estimada das ESB da ESF; 8.Cobertura populacional estimada pelas equipes básicas de Saúde Bucal.	SIA, CNES	Qualidade da Assistência
2013	Indicadores para monitoramento da saúde da pessoa idosa: revisão integrativa(36)	Mirian Estela do Couto Mouzinho	Revisão de literatura	Identificar indicadores para monitoramento da saúde da pessoa idosa a partir da perspectiva do envelhecimento ativo, conforme previsto na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e no Pacto pela Saúde	DOZE INDICADORES: 1.Índice de envelhecimento; 2.Proporção de idosos com duas ou mais internações nos últimos doze meses; 3.Proporção de idosos que sofreram quedas nos últimos doze meses; 4.Prevalência de tabagismo entre idosos; 5.Proporção de idosos que não visitam o dentista há três anos ou mais; 6.Proporção de idosos que não realizaram nenhuma consulta médica nos últimos doze meses; 7.Proporção de idosos que possuem plano de saúde; 8.Percentual de cobertura vacinal (influenza); 9.Taxa de mortalidade (100.000 habitantes); 10.Prevalência de diabéticos entre idosos; 11.Prevalência de hipertensos; 12.Taxa de internação de idosos por fratura de fêmur;	SIH, SIM, SISAP-Idoso, SI-PNI	Qualidade da Assistência
2013	A resolubilidade da assistência como proposta de indicador para avaliar a descentralização da assistência hospitalar em Minas Gerais(37)	André Amorim	Não consta	O trabalho busca contribuir com a leitura do desempenho do parque hospitalar do Estado e fornecer instrumental para avaliação da descentralização de tais serviços	UM INDICADOR: 1. Resolubilidade da Assistência Hospitalar	SIH	Qualidade da Assistência
2012	Avaliação da assistência materna e neonatal: a construção do índice de completude da assistência hospitalar através dos sistemas de informações assistenciais(38)	Ana Lúcia Andrade da Silva	Coorte, transversal	Desenvolver indicadores de saúde, a partir dos sistemas de informações para avaliar a assistência hospitalar materna e neonatal do SUS	VINTE E TRÊS INDICADORES: 1.Nº Leitos neonatais; 2.Nº Leitos obstétricos; Nº UTI adulto; 3.Nº UTI neonatal; 4.Nº UTI pediátrica; 5.Habilitação Cuidados intermediários neonatal; 6.Nº Internações neonatais; 7.Nº Internações obstétricas; 8.% Parto normal com permanência de 24h; 9.Registro de Parto normal de alto risco; 10.% Parto cesáreo; 11.% Parto cesáreo com permanência de 48h; 12.Registro de Parto cesáreo de alto risco; 13.Habilitação Atendimento terciário à gestante de alto risco; 14.Habilitação Centro referência em triagem neonatal; 15.Habilitação Serviço de nutrição enteral e parenteral; 16.Habilitação Centro de tratamento da má formação lábio palatal; 17.Habilitação Hospital amigo da criança; 18.Habilitação Hospital dia AIDS; 19.Habilitação Busca ativa de órgãos; 20.Habilitação Laqueadura; 21.Banco de Leite; 22.Alojamento conjunto; 23.Nº incubadoras;	SIH e CNES	Oferta de Procedimentos e Equipamentos de Saúde

continua

continua

Fonte: elaborado pela a autora (2024).

Ano	Artigo	Autor	Tipo de Estudo	Objetivo Geral	Indicadores encontrados	SIS utilizados	Tema Geral
2011	*Caderno de informações para a gestão estadual do SUS, 2011(39)	Conselho Nacional de Secretários de Saúde.	Não consta	Condições de saúde no Brasil, material destinado a orientar a utilização dos Indicadores e Dados Básicos	OITO INDICADORES: 1.Estabelecimentos de Saúde, por tipo; 2.Leitos hospitalares por especialidades e esfera de gestão; 3.Internações realizadas no SUS, valor anual e valor médio (VM) da AIH, por especialidade; 4.Internações por idade e sexo; 5.Mortalidade hospitalar por faixa etária; 6.Grupos de procedimentos especializados e de alta complexidade ambulatoriais com valores aprovados / ano; 7.Frequência de internações e valor anual dos procedimentos de média e de alta complexidade no SUS, por especialidade; 8.Internação por fratura de fêmur na população maior de 60 anos.	SIA, SIH, SIM, SINASC	Oferta de Procedimentos e Equipamentos de Saúde
2009	Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto(40)	Olinda do Carmo Luiz, Luiza Sterman Heimann, Roberta Cristina Boaretto, Adriana Galvão Pacheco, Umberto Catarino Pessoto, Lauro Cesar Ibanhes, Iracema Ester do NascimentoCastro, Jorge Kayano, Virginia Junqueira, Jucilene Leite da Rocha, Carlos Tato Cortizo, Emílio Telesi Junior	Não consta	Descrever um índice para reconhecimento das desigualdades de condições de vida e saúde e sua relação com o planejamento em saúde	SEIS INDICADORES: 1. Número de consultórios médicos / 10.000 habitantes; 2. Número de consultas médicas (gerais e especializadas) /habitante; 3. Número de equipes odontológicas / 10.000 habitantes; 4. Número de ações básicas odontológicas / habitante; 5. Número de leitos (gerais e especializados) / 1.000 habitantes; 6. Número de internações (gerais e especializadas) / 100 habitantes.	SIA E SIH.	Oferta de Recursos Humanos
2008	Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações(41)	Organização Pan-Americana da Saúde	Não consta	Oferecer aos interessados no estudo das condições de saúde no Brasil, material destinado a orientar a utilização dos Indicadores e Dados Básicos para a Saúde	VINTE E DOIS INDICADORES: 1.Número de profissionais de saúde por habitante; 2.Número de leitos hospitalares por habitante; 3.Número de leitos hospitalares (SUS) por habitante; 4.Gasto público com saúde como proporção do PIB; 5.Gasto público com saúde per capita; 6.Gasto federal com saúde como proporção do PIB; 7.Gasto federal com saúde como proporção do gasto federal total; 8.Gasto médio (SUS) por atendimento ambulatorial; 9.Valor médio pago por internação hospitalar no SUS (AIH); 10.Número de consultas médicas (SUS) por habitante; 11.Número de procedimentos diagnósticos por consulta médica (SUS); 12.Número de internações hospitalares (SUS) por habitante; 13.Proporção de internações hospitalares (SUS) por especialidade; 14.Cobertura de consultas de pré-natal; 15.Proporção de partos hospitalares; 16.Proporção de partos cesáreos; 17.Razão entre nascidos vivos informados e estimados; 18.Razão entre óbitos informados e estimados; 19.Cobertura vacinal;20.Proporção da população feminina em uso de métodos anticoncepcionais; 21.Cobertura de planos de saúde; 22.Cobertura de planos privados de saúde;	SIM, Sinasc, Sinan, SIH, SIA, CNES, SI-PNI, SIOPS	Oferta de Recursos Humanos, Equipamentos de Saúde, Procedimentos e Cobertura da Assistência

Nota: * Foram encontradas 26 publicações dos Cadernos de informações para gestão estadual no SUS, 2011 (25 estados e o Distrito Federal), neste estudo utilizou-se apenas um caderno como referência por se tratarem de publicações semelhantes.

Quadro 2: Estudos selecionados para a construção e adaptação de indicadores para o componente especializado da RCPD

Artigo	SIS utilizados	Indicadores considerados	Na íntegra ou adaptado	Nº de indicadores resultantes	Observações
Analysis of an outpatient child hearing health program: from screening to referral for rehabilitation	SINASC	UM INDICADOR: 1. Cobertura do primeiro exame de EOA em nascidos vivos residentes no município	UTILIZADO NA ÍTEGRA	1	
Sistemas de informação utilizados para planejamento e avaliação em saúde bucal	CNES e SIA	UM INDICADOR: 1. Cobertura de Laboratório Regional de Prótese Dentária (LRPD) por 100 mil habitantes	ADAPTADO	1	
Evolução da oferta de Fonoaudiólogos no SUS: um estudo sobre a correlação com os indicadores sociais no Brasil na última década	CNES	DOIS INDICADORES: 1. Oferta de Fonoaudiologia no SUS 2. Evolução relativa da oferta	ADAPTADO	1	PARA FONOAUDIOLOGIA E ADAPTADO PARA OS DEMAIS PROFISSIONAIS DA RCPD
Arterial hypertension as a tracer for the evaluation of access to health care	SIA e CNES	DOIS INDICADORES 1. Razão consultas médicas primárias/população; 2. Razão - Consulta médica primária não emergencial / população	ADAPTADO	5	
A resolubilidade da assistência como proposta de indicador para avaliar a descentralização da assistência hospitalar em Minas Gerais	SIH	UM INDICADOR: 1. Resolubilidade da Assistência Hospitalar	ADAPTADO	1	
*Caderno de informações para a gestão estadual do SUS, 2011	SIA, SIH, SIM, SINASC	UM INDICADOR: 1. Estabelecimentos de Saúde, por tipo	ADAPTADO	3	

Nota: * Foram encontradas 26 publicações dos Cadernos de informações para gestão estadual no SUS, 2011 (25 estados e o Distrito Federal), neste estudo utilizou-se apenas um caderno como referência por se tratarem de publicações semelhantes.

4.2. - Desenvolvimento e validação de indicadores baseados nos sistemas de informação em saúde para avaliação da atenção especializada em reabilitação

Este artigo segue as normas de Publicação da Revista Ciência e Saúde Coletiva (ANEXO D)

Desenvolvimento e validação de indicadores baseados nos sistemas de informação em saúde para avaliação da atenção especializada em reabilitação

Autores: Pollyana Ribas de Oliveira¹; Mirella Bezerra Rodrigues Vilela²; Edla Edna da Silva³; Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima⁴

¹ Fonoaudióloga; Sanitarista; Mestranda em Saúde da Comunicação Humana Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil.

² Fonoaudióloga; Doutora em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães IAM/Fiocruz; Professora do departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

³ Fonoaudióloga; Mestranda em Saúde da Comunicação Humana Universidade Federal de Pernambuco – UFPE – Recife (PE), Brasil.

⁴ Fonoaudióloga; Doutora em Saúde Pública pelo Instituto Aggeu Magalhães IAM/Fiocruz; Professora do departamento de Fonoaudiologia da Universidade Federal de Pernambuco – Recife (PE), Brasil.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - código de financiamento 001

RESUMO

Objetivo: Desenvolver e verificar evidências de validade de uma matriz de indicadores mensurados a partir dos dados dos sistemas de informação, que oriente a avaliação da atenção especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD). **Métodos:** Estudo metodológico, que engloba a construção e validação de uma matriz de indicadores utilizando dados dos sistemas de informação em saúde. O processo de validação seguiu os princípios da técnica Delphi e foi composta por um comitê de 9 juízes especialistas, com uso de uma escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. Para a análise quantitativa foi realizado o Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC). **Resultados:** A partir de uma revisão de escopo, foram criados 15 indicadores divididos segundo o tipo: quatro de estrutura, oito de processo e um de resultado, na matriz final permaneceram 13 indicadores com o Coeficiente de Validade de Conteúdo acima de 80%, sendo estes considerados validados no que concerne aos critérios estabelecidos: linguagem clara, método de mensuração adequado, fonte de dados, viabilidade de aplicação, oportuno, reprodutividade, sustentabilidade, pertinência/relevância e

compreensão. **Conclusão:** A matriz de indicadores para a avaliação da atenção especializada da RCPD foi considerada válida no que diz respeito ao conteúdo.

Descritores: Estudo de validação, Técnica Delphi, Serviços de Saúde para Pessoas com Deficiência, Indicadores de Serviços

ABSTRACT

Objective: To develop and verify evidence of validity of a matrix of indicators measured from data from information systems, which guides the evaluation of specialized care provided by the Care Network for People with Disabilities (RCPD). **Methods:** Methodological study, which includes the construction and validation of a matrix of indicators using data from health information systems. The validation process followed the principles of the Delphi technique and was composed of a committee of 9 expert judges, using a Likert-type scale with a score of one to four. For the quantitative analysis, the Content Validity Coefficient (CVC) was performed. **Results:** From a scope review, 15 indicators were created, divided according to type: four structure, eight process and one result. In the final matrix, 13 indicators remained with the Content Validity Coefficient above 80%, which were considered validated with regard to the established criteria: clear language, adequate measurement method, data source, feasibility of application, timeliness, reproducibility, sustainability, pertinence/relevance and comprehension. **Conclusion:** The matrix of indicators for the evaluation of specialized care of the RCPD was considered valid with regard to content.

Descriptors: Validation study, Delphi Technique, Health Services for People with Disabilities, Service Indicators

INTRODUÇÃO

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD), estabelecida através da Portaria GM/MS nº 793 de 2012, deve ser constituída de forma articulada entre três níveis de complexidade, afim de garantir a integralidade do cuidado. Dentre esses níveis, o especializado ambulatorial é constituído pelos seguintes pontos de atenção: os centros especializados em reabilitação (CER), os centros de especialidades odontológicas (CEO) e as Oficinas Ortopédicas. Estes serviços deverão ser referência no cuidado de reabilitação e habilitação das pessoas com deficiência (1,2).

Os pontos da atenção especializada ambulatorial apresentam uma nova forma de organizar os serviços e dispõem do CER como ponto estratégico, onde esse serviço realizará a referência no território, além de articulação com os demais níveis de complexidade (3). Este nível concentra o maior volume de atendimentos às pessoas com deficiência no Brasil. No entanto, existe heterogeneidade na distribuição e acesso a estes

serviços, com áreas classificadas como vazios assistenciais por falta de serviços ou pela ausência de modalidade específica de serviço de reabilitação (4).

No Brasil registra-se o aumento de pessoas que necessitam de serviço de reabilitação, considerando as doenças crônicas e ao envelhecimento populacional (5,6) e tem sido discutido de forma global estratégias para tornar a reabilitação uma prioridade na agenda política (5). Neste sentido, o acesso a reabilitação, gera além de qualidade de vida, autonomia, participação social ativa na comunidade e não obstante, o desenvolvimento de atividades laborais econômicas (7).

No entanto, a OMS reconhece alguns entraves para o estabelecimento deste cuidado, seja a falta de priorização dos governos, financiamento inadequado, ausência de serviços e equipamentos, falta de integração dos sistemas de saúde, falta de recursos humanos, além de indicadores sobre a reabilitação (8).

No Brasil, observa-se um cenário de estruturação, onde a maior parcela dos estados possui status de implantação intermediária da RCPD em seu território. Torna-se latente a necessidade de acompanhamento contínuo das atividades para a implantação da RCPD objetivando a tomada de decisão em informações que revelem as reais necessidades da rede. Além disso, a RCPD não apresenta indicadores de avaliação e monitoramento das ações executadas (9).

Posto isto, a partir dos sistemas de informação em saúde, é possível o uso de indicadores válidos, advindos de dados de fácil acesso, com possibilidade de aplicação e reprodutividade para desencadear processos os avaliativos necessários. Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi desenvolver e verificar evidências de validade do conteúdo de uma matriz de indicadores mensurados a partir de dados dos sistemas de informação, que oriente a avaliação do componente especializado da RCPD.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo metodológico, que engloba a construção e validação de conteúdo e de propriedades relacionadas a indicadores estabelecidas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). A matriz de indicadores foi produzida a partir e dos sistemas de informação em saúde (SIS) do SUS e devem orientar a avaliação do componente especializado da RCPD.

A partir de uma revisão de escopo, foram elencados os SIS nos quais poderiam ser extraídos os os indicadores, foram eles: Sistema de Informação Ambulatorial (SIA),

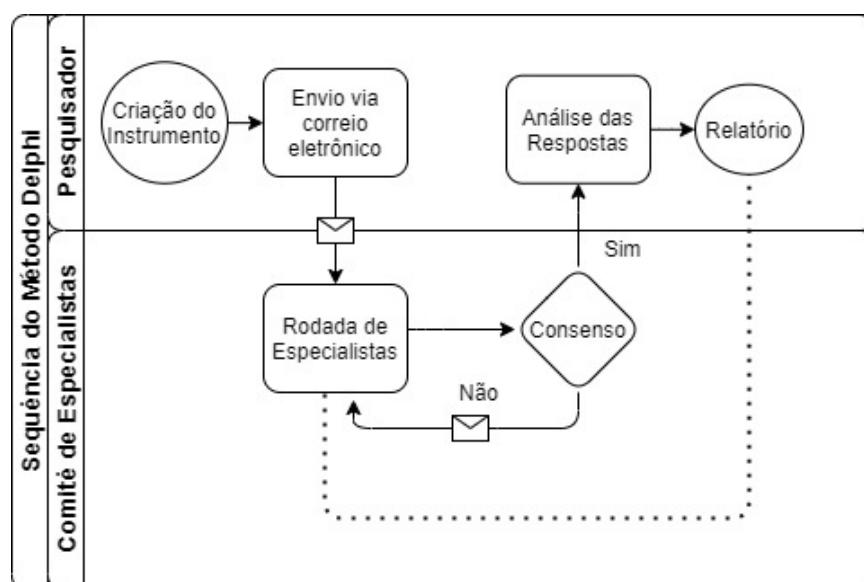
Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) e Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC). Assim, foi elaborada uma lista dos indicadores obtidos que poderiam ser utilizados na íntegra ou de forma adaptada.. Na ocorrência de indicadores similares, foi selecionado o indicador mais aplicado em pesquisas.

Tomou-se como referência o modelo de ficha de indicadores a partir da OPAS e Rede Interagencial de Informação para a Saúde (Ripsa) (10,11), respeitando os seguintes campos: nome do indicador, objetivo, fontes de dados, método de cálculo, nível de desagregação possível (município, região de saúde, macrorregião, estado e Brasil), periodicidade em que deve ser aplicado, tipo de indicador e parâmetro de avaliação. Para além dessas informações foram adicionadas as referências utilizadas para o parâmetro de avaliação e observações acerca das limitações do indicador.

Foram mapeados dados a partir do levantamento de informações disponíveis nos SIS relativos a produção de procedimentos para as PcDs. Para o levantamento de códigos de Forma de Organização e Procedimentos, foi utilizado Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (SIGTAP). Para as informações censitárias acerca do percentual de pessoas com deficiência foi considerado os dados dos censos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O modelo utilizado neste estudo para definição de categorias foi o proposto por Donabedian, conforme a abordagem de: estrutura, processo e resultado (12) (Quadro 1 e 2). A validação seguiu os princípios da técnica Delphi, que consiste numa consulta a um comitê de juízes através de um questionário, que retorna aos especialistas contínuas vezes até que haja um consenso (13).

Figura 1. Sequência de execução do Método Delphi via internet



Fonte: Adaptação de figura (Santos, Vidotto e Giublin, 2008) (14).

Para a seleção do comitê de juízes foi realizada a técnica bola de neve, que consiste em um processo em cadeia de referências iniciado pelos informantes chaves que atuam como “sementes” que auxiliam no processo de localizar pessoas com o perfil necessário para a pesquisa (15).

Os critérios de inclusão adotados para composição do comitê foram: Grupo 1 (Especialistas de Sistemas de Informação) – ter experiência no manuseio dos SIS, ter conhecimento acerca da construção de indicadores de saúde e no mínimo 2 anos de atuação profissional na gestão municipal e/ou estadual; Grupo 2 (Especialistas da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência) - experiência na Gestão e/ou atuar na RCPD; possuir conhecimento acerca da construção de Indicadores de saúde e no mínimo 2 anos de atuação profissional no componente da rede especializada em reabilitação; Grupo 3 (Membros da Academia) - profissional da saúde sem atuação em gestão municipal e/ou estadual ou na RCPD e vinculado a algum programa de graduação ou pós-graduação strictu sensu na área de concentração ciências da saúde.

O Comitê de Juízes foi composto por um conjunto de nove especialistas (*experts*), sendo três especialistas na área dos sistemas de informação em saúde, três profissionais que atuam nos diversos níveis de atenção da RCPD e três profissionais da saúde membros da academia. Na segunda rodada participaram apenas oito especialistas, havendo a perda de um avaliador no grupo Membros da Academia.

Os juízes especialistas foram convidados a participar da pesquisa através de contato por mensagem telefônica e via correio eletrônico, por meio do qual foram enviados alguns anexos: a) um link para o Formulário da Google (Google Forms®) com perguntas para caracterização dos especialistas, com informações referentes a experiência profissional e acadêmica, além de indicação da área de atuação; b) Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE); c) Planilha de Excel com um conjunto de 15 indicadores a serem avaliados segundo os critérios indicados no material e que deveriam ser devolvidos em um prazo de 15 dias.

Para os juízes que não responderam no prazo estabelecido foi realizado um novo contato por mensagem telefônica e correio eletrônico para estabelecimento de um prazo adicional de 10 dias. Aqueles que não realizaram a devolutiva foram excluídos da pesquisa.

O juízes avaliaram os indicadores segundo os critérios adaptados de OPAS (2018): linguagem clara (o nome do indicador descreve o que se pretende medir), método de mensuração adequado (o cálculo estabelecido traduz o objetivo), fonte de dados (as fontes de dados selecionadas estão adequadas), viabilidade de aplicação (possui disponibilidade de dados), possui tempo hábil (possui capacidade de ser coletado em tempo oportuno), reprodutividade (os resultados encontrados são iguais mesmo quando realizados por pessoas diferentes), sustentabilidade (pode ser coletado de forma contínua), pertinência/relevância (possui capacidade de fornecer informações necessárias para nortear a tomada de decisão) e compreensão (possui capacidade de ser compreendido pelas pessoas que serão responsáveis pela tomada de decisão) (10).

Para cada indicador foi utilizada uma escala tipo Likert de 1 a 4 para marcação pelo especialista, que realiza uma equivalência do dado qualitativo em quantitativo. A pontuação dessa escala representa: 1 (item não relevante), 2 (item necessita de grande revisão para se tornar relevante), 3 (item relevante, mas necessita de pequenas alterações) e 4 (item absolutamente relevante).

A cada rodada de avaliação, após devolução das avaliações, foi realizada análise das sugestões e uma análise quantitativa do instrumento através do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), bem como as alterações consideradas pertinentes. A cada rodada de avaliação foi realizada uma adequação da matriz de indicadores, a fim de que obtivesse um consenso entre os avaliadores. O CVC foi adotado para este estudo por se tratar de uma medida de validade de conteúdo que quantifica o julgamento dos juízes para cada item na matriz de indicadores.

Para fins de realização do cálculo do CVC, foram realizadas 5 etapas para a sua execução: obtêm-se as médias das notas dos juízes; dividem-se as médias pelo valor máximo que a questão poderia receber; calcula-se o erro (viés); divide-se o valor 1 pelo número de juízes avaliadores, elevado pelo mesmo número de avaliadores; e subtrai-se a média do cálculo obtido pela média do erro (viés). Para este estudo foi considerada concordância aceitável os indicadores cujo CVC foi maior ou igual a 0,80 (16–18). Os métodos de cálculo estão descritos na fórmula abaixo:

Figura 2. Fórmula para execução do Coeficiente de Validade de Conteúdo

(1) Cálculo de CVC_i para cada item da escala:

$$CVC_i = \frac{\sum_l^x}{V_{max_x}}$$

(2) Cálculo do CVC_j de cada juiz para escala como um todo

$$CVC_j = \frac{\sum_l^c}{V_{max_q}}$$

(3) Cálculo do erro Pe_j para a polarização dos juizes:

$$Pe_j = \left(\frac{1}{N_j}\right)^{N_l}$$

(4) Cálculo do CVC_l de cada aspecto julgado:

$$CVC_l = \text{Média do } CVC_j - Pe_j$$

Fonte: (Filgueiras et al., 2015) (17).

Para a análise das etapas de validação de conteúdo dos indicadores as respostas dos especialistas foram examinadas de modo a detectar concordâncias, divergências, consensos e sugestões em relação ao instrumento com os indicadores e foram tabulados no Programa Microsoft Office Excel 2010.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE) sob o número do parecer 4.435.152 e da CAAE 38329220.0.0000.5208.

RESULTADOS

No quadro 1 encontra-se o perfil do comitê de juízes, formado por avaliadores dos estados de: Pernambuco, Bahia, Minas Gerais e São Paulo. Dos três grupos que compuseram o comitê, os especialistas na área dos sistemas de informação em saúde dois eram do sexo masculino e um do sexo feminino, destes dois possuem doutorado como titulação e apenas um desempenha atividades em secretaria de saúde. Do grupo de profissionais que atuam nos diversos níveis de atenção da RCPD, três possuem doutorado, e um desempenha atividades em secretaria de saúde. Do grupo de profissionais da saúde membros da academia, os três possuem doutorado e atuam como pesquisadores/professores nas universidades.

Todos os avaliadores referiram possuir experiência na docência. Com respeito as áreas de atuação profissional, 55,6% (5) informaram que atuam na área dos sistemas de informação em saúde (SIS) e 44,4% (9) no tema da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD).

Na primeira rodada participaram 9 juízes e na segunda rodada, 8 juízes. Na segunda rodada um dos juízes do grupo Membros da Academia não realizou a devolutiva, após o prazo adicional de 10 dias e contatos via mensagem para indicação do prazo estabelecido, assim foi excluído da segunda rodada.

No quadro 2 encontram-se indicadores elaborados para a avaliação da atenção especializada da RCPD e que passaram pelo processo de avaliação dos juízes. Foram agregados em três categorias: 4 (27,7%) indicadores de estrutura, 7 (46,7%) indicadores de processo e 4 (27,7%) de resultado.

Dos 15 indicadores avaliados na primeira rodada, seis apresentaram CVC superior a 80%, são eles: 1, 4, 5, 6, 12 e 13. Os indicadores 2, 8, 10 e 15 obtiveram valores inferiores a 80% de CVC apenas no item método de mensuração (78,1%). Estes indicadores foram alterados quanto ao método de cálculo para a segunda rodada de avaliação.

Os indicadores 3, 7, 9, 11 e 14 atingiram percentuais de CVC inferiores a 80% em dois itens. O indicador 9 obteve o menor percentual de CVC da primeira rodada, com 75,0% para linguagem e 65,6% para o método de cálculo. Já, o indicador 14 apresentou o percentual de CVC inferior a 80% para os itens de linguagem (75,0%) e compreensão (68,7%), sendo este o segundo menor percentual de CVC da primeira rodada de avaliação.

No quadro 3 estão apresentados os resultados após procedimento de análise de evidências de validade de conteúdo, segunda rodada. Os indicadores 13,14 e 15 foram

excluídos para a segunda rodada de avaliação, todas as alterações adotadas seguiram a avaliação e orientação do comitê de juízes. O indicador 13 foi excluído por sugestão dos juízes, que também atuam na área da audiolgia, destacando que os parâmetros de avaliação e método de cálculo deste indicador não refletiam a cobertura de diagnóstico de perda auditiva neonatal necessitando de grande revisão para se tornar relevante.

No que se refere ao indicador 14 “Razão de Resolubilidade da atenção especializada na Rede de Cuidado à Pessoa com deficiência (RCPD)”, foi considerado pelos juízes como não reprodutível e foi retirado do conjunto de indicadores por não ser possível extrair informações referentes ao local de residência do paciente, dado necessário para execução do cálculo.

O indicador 15 “Cobertura de Centros de Especialidades Odontológicas- CEO” foi considerado aceitável no CVC, no entanto foi considerado por juiz especialista como semelhança com o indicador 2 “Número de Centros de Especialidades Odontologia (CEO) com habilitação para realizar atendimento à pessoa com deficiência”. Desta forma, permaneceu apenas o indicador 2 por obter método de cálculo e parâmetro de referência que podem ser executados com maior facilidade pela gestão da RCPD.

O indicador 10 “Razão de órteses e próteses dispensadas” foi desagregado em dois indicadores, um que diz respeito a levantamento de OPM para deficiências físicas e outro para OPM ligadas a deficiência visual este antes voltado para o número total de OPM dispensadas independentemente do tipo de deficiência. Esta alteração foi realizada por recomendação do juiz avaliador por considerar inferir maior sensibilidade a matriz de indicadores.

Após essa segunda rodada, permaneceram os indicadores assim agregados: 4 (30,8%) são indicadores de estrutura, 8 (61,5%) indicadores de processo e apenas 1 (7,7%) de resultado. Todos os indicadores avaliados na 2ª rodada tiveram CVC superior a 80%, sinalizando não haver necessidade de uma nova rodada de avaliação.

No quadro 4 estão apresentados a matriz de indicadores final pós segunda rodada de avaliação de conteúdo com o detalhamento dos indicadores produzidos para o componente especializado da RCPD. Foram elencados indicadores de um a treze conforme o seu: nome, objetivo, fonte, método de cálculo, nível de desagregação, periodicidade, tipo do indicador, parâmetro de avaliação, referências utilizadas e observações. A proposição de um parâmetro foi realizada para cada um dos indicadores listados exceto para os indicadores 10 “Oferta de órteses e próteses e materiais especiais

(OPM) dispensadas para pessoas com deficiência física” e 11 “Oferta de órteses e próteses e materiais especiais (OPM) dispensadas para pessoas com deficiência visual”.

No que diz respeito ao nível de desagregação dos indicadores, estes apresentou-se do nível mais micro (Região de Saúde) ao macro (Brasil). Quanto as referências utilizadas para a elaboração dos parâmetros foram utilizados, artigos, portarias, manuais e documentos que tratassem da prestação de serviços no componente especializado da RCPD. Os sistemas de informação utilizados foram o SIA, SIH, CNES e SINASC, além disso foram utilizadas as informações censitárias do IBGE e PNAD 2022.

DISCUSSÃO

A matriz final permaneceu com quatro indicadores de estrutura, oito indicadores de processo e um indicador de resultado com evidência de validade de conteúdo concluída após duas rodadas, considerando os critérios de avaliação adaptados da OPAS (10). Dos seis indicadores com CVC superiores a 80% na primeira rodada, quatro possuem como tema a deficiência auditiva. A linha do tempo de portarias que tratam do financiamento de procedimentos com foco na pessoa com deficiência auditiva, introduzidas a partir de 1993, ainda visando a garantia de direitos as PcD auditiva, em 2004 o estabelecimento da Política Nacional de Atenção à Saúde Auditiva e Redes Estaduais de Atenção à Saúde Auditiva, apresentam-se de forma precussora aos direitos das PcDs no SUS, sendo estas portarias anteriores a instituição da RCPD que só foi implementada no ano de 2012 (19–21).

A exclusão do indicador de resultado 14 “Razão de resolubilidade da atenção especializada na Rede de Cuidado à Pessoa com deficiência (RCPD)”, ocorreu por impossibilidade de extração da informação local de residência do paciente, informação necessária para execução do cálculo, isto ocorre devido a sua modalidade de registro BPA – C (Boletim de Produção Ambulatorial Consolidado) no sistema informação ambulatorial (SIA) que não apresenta informações individualizadas do usuário (22), como: identificação do usuário, local de residência e CID.

Houve dificuldade na aceitação pelos juízes e na exequibilidade do seu cálculo nos indicadores de resultado, nessa categoria, na primeira rodada foram apresentados quatro indicadores restando apenas um indicador na segunda rodada. Essa situação reforça a ideia de que indicadores que apontem mudanças desejáveis no estado de saúde dos usuários da RCPD ainda representam um desafio, seja por falta de dados disponíveis nos SIS, dificuldade de se isolar os efeitos das intervenções ou até parâmetros de

avaliação, diretrizes terapêuticas, critérios de avaliação e metas já estabelecidos que subsidiem uma avaliação robusta para apontar ações necessárias a serem executadas na gestão da RCPD.

Dos quatro indicadores de estrutura, dois necessitaram de alterações para a segunda rodada no método de mensuração (“Número de Centros Especializados em Odontologia CEO com habilitação para realizar atendimento à pessoa com deficiência e Número de Oficinas Ortopédicas”). Indicadores de estrutura apontam a quantidade de serviços de saúde e profissionais de reabilitação, estes podem retratar não só a existência de equipamentos e recursos humanos, mas indicar dificuldades na gestão dos recursos humanos, no que se refere a manutenção e fixação de profissionais e consequentemente no acesso aos serviços de reabilitação. Uma rede que concentra seus profissionais e estabelecimentos em determinadas regiões de saúde descumprirá os princípios de equidade e integralidade (23,24). Sabe-se, que a distribuição dos serviços de reabilitação possui uma relação direta com a adesão e continuidade do tratamento(25).

Os indicadores de estrutura validados neste estudo avaliam as dimensões retratadas como necessárias ao se realizar análises das redes (26,27). Além disso, resultados dos indicadores de estrutura podem se relacionar com os indicadores de processo e resultado, uma vez que, estruturas bem estabelecidas podem viabilizar bons resultados em indicadores de processo e resultado (28,29).

O indicador 10 de processo “Razão de órteses e próteses dispensadas” foi subdividido em dois indicadores (16,30). Esta alteração pode conferir a matriz de indicadores maior grau de sensibilidade no que se refere a análise da rede uma vez que o olhar voltado por tipo de deficiência possibilitará identificar necessidades específicas no fornecimento de órteses, próteses e OPM, além disso, necessidade da regionalização das Oficinas ortopédicas.

A análise dos indicadores de acordo com o nível de desagregação e parâmetro populacional proposto na matriz, especialmente os indicadores de estrutura, podem sofrer divergências a serem adaptadas de acordo com a densidade populacional em determinadas regiões brasileiras. Isso deve-se ao perfil demográfico dos diferentes estados brasileiros retratados também no estabelecimento das regiões de saúde em seus Planos Diretores de Regionalização (PDR). Necessário pontuar que a implantação da RCPD é considerada recente e com variações desta implantação nos diferentes estados brasileiros, este fato pode ter relação com a dificuldade no estabelecimento de parâmetros avaliativos para a rede (9,31)

Entre as limitações identificadas no estudo, destaca-se que a avaliação da RCPD não deve ser restringida ao componente especializado, para analisar a RCPD em sua totalidade é essencial estimular a realização de estudos que visem o desenvolvimento de indicadores para os outros pontos da rede como a atenção primária e hospitalar. Em relação aos parâmetros necessários para determinar a avaliação dos indicadores, aponta-se a escassez de literatura científica com diretrizes terapêuticas, critérios de avaliação e metas que devem ser alcançadas no componente especializado da RCPD.

Essa matriz de indicadores não deve ser considerada como uma proposta fechada, pode sofrer alterações de acordo com as realidades regionais de saúde ou área de interesse na rede de reabilitação. Apresenta-se como uma proposta inicial na análise de possíveis problemas e necessidades da rede e sendo assim um suporte na tomada de decisão da gestão da RCPD.

Apesar disso, a matriz proposta no presente estudo avança por contribuir para a democratização e uso da informação e facilitar a geração de informações úteis para subsidiar a tomada de decisão, corroborando com o fortalecimento de ações monitoramento e avaliação da RCPD e a indicação de necessidade de ampliação desta rede.

CONCLUSÃO

A matriz de indicadores que visa orientar a avaliação da atenção especializada da RCPD é considerada válida no que concerne aos critérios estabelecidos: linguagem clara, método de mensuração adequado, fonte de dados, viabilidade de aplicação, possuir tempo hábil (coleta de informações de forma oportuna), reprodutividade, sustentabilidade (pode ser coletado de forma contínua), pertinência/relevância e compreensão.

Destaca-se a necessidade de estudos voltados para a continuidade da validação com avaliação de outras propriedades psicométricas, além disso, a aplicação deste instrumento e novos estudos que visem a construção de outros indicadores para a avaliação do componente especializado da RCPD.

REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Portaria MS/GM nº793. Ministério da Saúde Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
2. Brasil M da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. Brasília; 2023.
3. Ribeiro KSQS, Medeiros A de A, Silva SLA da. Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis [Internet]. Editora Rede Unida; 2022. Disponível em: <https://editora.redeunida.org.br/project/redecin-brasil-o-cuidado-na-rede-de-atencao-a-pessoa-com-deficiencia-nos-diferentes-brasis/>
4. Santos MFN, Friche AAL, Lemos SMA. Health Care to people with disability: the formation of teams and geographical distribution of the rehabilitation specialized component. *Codas*. 2021;33(1):1–12.
5. Heinemann AW, Feuerstein M, Frontera WR, Gard SA, Kaminsky LA, Negrini S, et al. Rehabilitation Is a Global Health Priority. *BMC Health Serv Res*. 26 de dezembro de 2020;20(1):143.
6. Santos MFN, Friche AAL, Lemos SMA. Atenção à pessoa com deficiência: composição das equipes e distribuição geográfica do componente especializado em reabilitação. *Codas*. 2021;33(1).
7. Goulart BNG de, Anderle P. Reabilitação: uma demanda que cresce e merece atenção. *Codas*. 2020;32(2).
8. WHO: World Health Organization. Switzerland: WHO. 2017. Rehabilitation 2030: a call for action: meeting report [Internet].
9. Ribeiro KSQS, Saldanha JHS, Zanela ÂK, Ferrari FP, Freitas GKF, Barroso RB, et al. Avaliação da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde: um estudo de casos múltiplos. *Cad Saude Publica*. 2023;39(5).
10. OPAS. Indicadores de Saúde. Elementos conceituais e práticos. Washington, D.C.: OPAS. 2018. 91 p.
11. Ripsa RI de I para a S. INDICADORES BÁSICOS PARA A SAÚDE NO BRASIL: CONCEITOS E APLICAÇÕES. 2º ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2008. 349 p.
12. Donabedian A. La Calidad de la Atencion Medica. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:S29–38.
13. Terence Coulter Wright Professor Doutor J, Alves Giovinnazzo R. DELPHI-UMA FERRAMENTA DE APOIO AO PLANEJAMENTO PROSPECTIVO. 2000.
14. Santos dos A, Vidotto LS, Giublin CR. A utilização do método Delphi em pesquisas na área da gestão da construção. *Ambiente Construído*. 2008;5(2):51–9.
15. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. *Tematicas*. 2014;22(44):203–20.
16. Silveira MB, Saldanha RP, Leite JC de C, Silva TOF da, Silva T, Filippin LI. Construction and validation of content of one instrument to assess falls in the elderly. *Einstein (São Paulo)*. 11 de junho de 2018;16(2).
17. Filgueiras A, Galvão B de O, Pires P, Fioravanti-Bastos ACM, Hora GPR, Santana CMT, et al. Tradução e adaptação semântica do Questionário de Controle Atencional para o Contexto Brasileiro. *Estudos de Psicologia (Campinas)*. junho de 2015;32(2):173–85.

18. Cassepp-Borges V, BMAA, & TMLM. Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. Em: In L. Pasquali, organizador. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed.; 2010. p. 506–20.
19. Soleman C, Bousquat A. Políticas de saúde e concepções de surdez e de deficiência auditiva no SUS: um monólogo? *Cad Saude Publica*. 2021;37(8).
20. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 116, de 9 de setembro de 1993. Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS a concessão de órteses e próteses. *Diário Oficial da União*; set 10, 1993.
21. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 126, de 17 de setembro de 1993. Cria na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde a cirurgia de implante coclear (SIH/SUS). *Diário Oficial da União* ; set 18, 1993.
22. Pinto LF, Freitas MPS de, Figueiredo AWS de. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. *Cien Saude Colet*. junho de 2018;23(6):1859–70.
23. Santos MFN, Friche AAL, Lemos SMA. Atenção à pessoa com deficiência: composição das equipes e distribuição geográfica do componente especializado em reabilitação. *Codas*. 2021;33(1).
24. Gomes SM, Miranda GMD, Sousa F de OS, Nascimento CMB do, Lima MLLT de, Silva V de L, et al. Reabilitação física/funcional no Brasil: análise espaço-temporal da oferta no Sistema Único de Saúde. *Cien Saude Colet* [Internet]. 16 de janeiro de 2023 [citado 24 de julho de 2023];28(2):373–83. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/T6nsdVnNxXYnR8zSJ7cw3vL/?lang=pt>
25. Lima MLLT de, Lima MLC de, Deslandes SF, Souza ER de, Barreira AK. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. *Cien Saude Colet*. janeiro de 2012;17(1):33–42.
26. Zarili TFT, Castanheira ERL, Nunes LO, Mendonça CS, Couto CE, Rossato SL, et al. Prevenção, detecção e assistência à deficiência em serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, Brasil. *Cien Saude Colet*. junho de 2024;29(6).
27. Sampaio ML, Bispo Júnior JP. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. *Cad Saude Publica*. 2021;37(3).
28. Brum LW, Thumé E, Dilélis AS, Flores-Quispe M del P, Barros NBR, Facchini LA, et al. Qualidade da atenção a crianças menores de dois anos na rede básica do Brasil em 2018: indicadores e fatores associados. *Revista Brasileira de Epidemiologia*. 2023;26.
29. Martins M, Lima SML, Andrade CLT de, Portela MC. Indicadores hospitalares de acesso e efetividade e crise econômica: análise baseada nos dados do Sistema Único de Saúde, Brasil e estados da região Sudeste, 2009-2018. *Cien Saude Colet* [Internet]. dezembro de 2019;24(12):4541–54. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232019001204541&tlng=pt
30. Nascimento IRC do, Jorge MSB, Leitão IMT de A. Validação de Protocolos de Avaliação Psicológica e Indicadores de Atendimento em Psico-Oncologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*. 2021;41.
31. Maciel FJ, Friche AADL, Januário GC, Santos MFN, Reis RA, Neto RDO, et al. Spatial analysis of specialized care in the network for people with disability: The case of Minas Gerais, Brazil. *Codas*. 2020;32(3):1–7.

Quadro 1- Caracterização do comitê de juízes.

GRUPO	SEXO	IDADE	UF	FORMAÇÃO ACADÊMICA	ATUAÇÃO PROFISSIONAL	PRINCIPAIS TEMAS DE ATUAÇÃO
Especialistas de Sistemas de Informação	MASCULINO	55	PE	MESTRE	Secretária de saúde (municipal, estadual ou federal)	SIS
	MASCULINO	44	PE	DOUTOR	UNIVERSIDADE (professor e/ou pesquisador)	
	FEMINININO	41	PE	DOUTOR	UNIVERSIDADE (professor e/ou pesquisador)	
Especialistas da RCPD	FEMINININO	43	MG	DOUTOR	Secretária de saúde (municipal, estadual ou federal)	RCPD
	FEMINININO	42	PE	DOUTOR	UNIVERSIDADE (professor e/ou pesquisador)	
	FEMINININO	45	SP	DOUTOR	UNIVERSIDADE (professor e/ou pesquisador)	
Especialistas Membros da Academia	FEMINININO	41	PE	DOUTOR	UNIVERSIDADE (professor e/ou pesquisador)	SIS
	FEMINININO	33	BA	DOUTOR	UNIVERSIDADE (professor e/ou pesquisador)	
	FEMINININO		PE	DOUTOR	UNIVERSIDADE (professor e/ou pesquisador)	RCPD

Fonte: elaborado pela a autora (2024)

Quadro 2 - Conjunto de indicadores para a avaliação da RCPD pós procedimento de validade conteúdo 1º rodada, 2024

Indicadores	Tipo de Indicador
1. Número de serviços de reabilitação	Estrutura
2. Número de Centros de Especialidades Odontologia (CEO) com habilitação para realizar atendimento à pessoa com deficiência	
3. Número de Oficinas Ortopédicas	
4. Oferta de profissionais de reabilitação no SUS /Número de profisionais de reabilitação por habitante	
5. Razão de procedimentos de implantes cocleares por estabelecimento	Processo
6. Razão de consultas de acompanhamento de pacientes com implante coclear	
7. Razão de dispensação de Aparelho de Amplificação Sonora individual (AASI)	
8. Razão de consultas de acompanhamento de pacientes com Aparelho de Amplificação Sonora individual (AASI)	
9. Número de procedimentos de reabilitação por estabelecimento	
10. Razão de órteses e próteses dispensadas	
11. Número de procedimentos realizados por Centro Especializado em Reabilitação (CER) ao ano	Resultado
12. Cobertura da triagem auditiva neonatal	
13. Cobertura do diagnóstico de perda auditiva neonatal	
14. Razão de Resolubilidade da atenção especializada na Rede de Cuidado à Pessoa com deficiência (RCPD)	
15. Cobertura de Centros de Especialidades Odontológicas- CEO	

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Tabela 1 – Percentual de concordância dos experts em relação a medida de Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) para o conjunto de indicadores para a avaliação da RCPCD 1º rodada.

Indicadores	CVC_ Linguagem	CVC_Método de mensuração	CVC_Fonte dos dados	CVC_Viabilidade de aplicação	CVC_Oportuno	CVC_Reprodutível	CVC_Sustentável	CVC_Pertinente	CVC_Compreensão
1. Número de serviços de reabilitação	0,969	0,812	1,000	0,969	0,937	0,969	1,000	0,844	1,000
2. Número de Centros de Especialidades Odontologia (CEO) com habilitação para realizar atendimento à pessoa com deficiência	1,000	0,781	1,000	0,969	0,937	0,969	1,000	0,844	1,000
3. Número de Oficinas Ortopédicas	0,969	0,781	1,000	0,969	0,937	0,969	1,000	0,781	0,969
4. Oferta de profissionais de reabilitação no SUS /Número de profissionais de reabilitação por habitante	0,844	0,812	1,000	0,937	1,000	0,969	1,000	0,969	0,906
5. Razão de procedimentos de implantes cocleares por estabelecimento	0,969	0,875	1,000	0,969	0,969	0,937	1,000	0,906	0,969
6. Razão de consultas de acompanhamento de pacientes com implante coclear	0,875	0,937	1,000	0,969	0,969	0,937	1,000	0,937	0,906
7. Razão de dispensação de Aparelho de Amplificação Sonora individual (AASI)	0,812	0,719	0,937	0,906	0,969	0,906	0,969	0,875	0,781
8. Razão de consultas de acompanhamento de pacientes com Aparelho de Amplificação Sonora individual (AASI)	0,812	0,781	0,969	0,969	0,969	0,969	1,000	0,969	0,812
9. Número de procedimentos de reabilitação por estabelecimento	0,750	0,656	0,906	0,906	0,969	0,937	0,969	0,969	0,844
10. Razão de órteses e próteses dispensadas	0,812	0,750	0,969	0,906	0,969	0,906	0,969	0,969	0,844
11. Número de procedimentos realizados por Centro Especializado em Reabilitação (CER) ao ano	0,844	0,781	0,969	0,969	1,000	0,969	1,000	1,000	0,786
12. Cobertura da triagem auditiva neonatal	0,964	0,929	1,000	1,000	0,964	1,000	0,964	0,964	0,964
13. Cobertura do diagnóstico de perda auditiva neonatal	0,929	0,893	0,929	0,964	1,000	1,000	0,964	0,893	0,929
14. Razão de Resolubilidade da atenção especializada na Rede de Cuidado à Pessoa com deficiência (RCPD)	0,750	0,893	0,929	0,812	0,929	0,893	0,929	0,893	0,687
15. Cobertura de Centros de Especialidades Odontológicas-CEO	0,844	0,781	0,906	0,875	0,906	0,906	0,906	0,844	0,844

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Quadro 3- Conjunto de indicadores para a avaliação da RCPCD pós procedimento de validade conteúdo 2º rodada, 2024

Indicadores	Tipo de Indicador
1. Número de CER habilitados	Estrutura
2. Número de CEO com habilitação para realizar atendimento à pessoa com deficiência	
3. Número de Oficinas Ortopédicas	
4. Oferta de profissionais de reabilitação no SUS	
5. Oferta de cirurgia para colocação de implantes cocleares por estabelecimento	Processo
6. Oferta de consultas de acompanhamento de pacientes com implante coclear	
7. Oferta de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) no SUS	
8. Oferta de consultas de acompanhamento de pacientes com Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI)	
9. Oferta de procedimentos segundo o tipo de reabilitação por estabelecimento habilitado	
10. Oferta de órteses e próteses e materiais especiais (OPM) dispensadas para pessoas com deficiência física	
11. Oferta de órteses e próteses e materiais especiais (OPM) dispensadas para pessoas com deficiência visual	
12. Número de procedimentos por Centro Especializado em Reabilitação (CER) ao ano	
13. Cobertura da triagem auditiva neonatal	Resultado

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Tabela 2 – Percentual de concordância dos experts em relação a medida de Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) para o conjunto de indicadores para a avaliação da RCPCD 2º rodada

Indicadores	CVC_ Linguagem	CVC_Método de mensuração	CVC_Fonte dos dados	CVC_Viabilidade de aplicação	CVC_ Oportuno	CVC_ Reprodutível	CVC_ Sustentável	CVC_ Pertinente	CVC_ Compreensão
1. Número de CER habilitados	1,000	0,875	1,000	0,969	1,000	0,969	1,000	1,000	1,000
2. Número de CEO com habilitação para realizar atendimento à pessoa com deficiência	1,000	0,937	1,000	0,969	1,000	0,969	1,000	1,000	1,000
3. Número de Oficinas Ortopédicas	0,969	0,906	1,000	0,969	1,000	0,969	1,000	1,000	1,000
4. Oferta de profissionais de reabilitação no SUS	0,906	0,906	1,000	0,969	1,000	0,969	1,000	1,000	1,000
5. Oferta de cirurgia para colocação de implantes cocleares por estabelecimento	0,844	0,969	1,000	1,000	1,000	0,969	1,000	0,969	0,906
6. Oferta de consultas de acompanhamento de pacientes com implante coclear	0,937	1,000	1,000	1,000	1,000	0,969	1,000	0,969	1,000
7. Oferta de Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI) no SUS	0,875	0,937	0,969	0,937	1,000	0,937	0,906	1,000	0,969
8. Oferta de consultas de acompanhamento de pacientes com Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI)	0,844	0,969	0,969	1,000	1,000	1,000	1,000	0,937	0,937
9. Oferta de procedimentos segundo o tipo de reabilitação por estabelecimento habilitado	0,875	0,844	1,000	0,937	1,000	0,937	0,969	0,969	0,906
10. Oferta de órteses e próteses e materiais especiais (OPM) dispensadas para pessoas com deficiência física	0,875	0,937	0,969	0,937	1,000	0,937	0,906	1,000	0,969
11. Oferta de órteses e próteses e materiais especiais (OPM) dispensadas para pessoas com deficiência visual	0,875	0,969	0,969	0,969	1,000	0,969	0,937	0,875	0,875
12. Número de procedimentos por Centro Especializado em Reabilitação (CER) ao ano	0,875	0,844	0,875	0,875	0,875	0,875	0,875	0,844	0,875
13. Cobertura da triagem auditiva neonatal	0,844	0,812	0,875	0,875	0,844	0,875	0,875	0,875	0,875

Fonte: elaborado pela autora (2024)

Quadro 4 – Matriz de indicadores final pós segunda rodada de avaliação de conteúdo com o detalhamento dos indicadores produzidos para o componente especializado da RCPD (Média Complexidade)

INDICADOR	OBJETIVO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	PERIODICIDADE	TIPO DO INDICADOR	PARÂMETRO DE AVALIAÇÃO	REFERÊNCIA UTILIZADA PARA CONSTRUÇÃO DO PARÂMETRO	OBSERVAÇÃO
1. Número de CER habilitados	Sua mensuração revela a capacidade da RCPD em prestar a assistência de média complexidade na atenção especializada	CNES	Número de Centros Especializados em Reabilitação - CER e outros serviços isolados de reabilitação por tipo de habilitação no CNES (cód. de Habilitações : 22.08 modalidade física, 22.09 modalidade intelectual, 22.10 modalidade auditiva, 22.11 modalidade visual; Cód. Serviço especializado: 135 Serviço de Reabilitação)	REGIÃO DE SAÚDE	ANUAL	ESTRUTURA	CER II - 1 por região de saúde (população até 100 mil habitantes) 2 por região de saúde (população de 100 mil a 299,9 mil habitantes) 3 por região de saúde (população de 300 mil a 499,9 mil habitantes) CER III ou CER IV - 1 região de saúde a cada 500 mil habitantes	BRASIL, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf	Parâmetro pensado pela autora desta pesquisa considerando, que de acordo com a regionalização da rede o atendimento a pessoa com deficiência deve estar o mais próximo possível do seu local de residência
2. Número de CEO com habilitação para realizar atendimento à pessoa com deficiência	Sua mensuração revela a capacidade da RCPD em prestar a assistência de média complexidade na atenção especializada	CNES	Número de CEO com habilitação no CNES para realizar atendimento à pessoa com deficiência (Habilitação: 0403, 0404 e 0405. Com cód. De Serviço 114 e Classificação 007 - Serviço de Atenção Bucal e Atendimento à PcD	REGIÃO DE SAÚDE	ANUAL	ESTRUTURA	CEO tipo I - 1 por região de saúde (população até 100 mil habitantes) CEO tipo II - 1 por região de saúde (população de 100 mil a 299,9 mil habitantes) CEO tipo III - 1 por região de saúde (população de 300 mil a 499,9 mil habitantes)		Não foi encontrado número mínimo de CEO que devem estar habilitados para realizar atendimento à pessoa com deficiência para compor a RCPD. Desta forma, a pesquisadora propõe que este número seja no mínimo 1 por macrorregião de saúde
3. Número de Oficinas Ortopédicas	Sua mensuração revela a capacidade da RCPD em prestar a assistência de média complexidade na atenção especializada	CNES	Número de Oficinas Ortopédicas com habilitação no CNES (Cód. Classificação : 007 Oficina ortopédica fixa, 008 - Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre e 009 - Oficina Ortopédica Itinerante Fluvial)	REGIÃO DE SAÚDE, MACRORREGIÃO DE SAÚDE	ANUAL	ESTRUTURA	1 Oficina ortopédica fixa por macrorregião de saúde; 1 Oficina ortopédica intineirante (terrestre ou fluvial) por região de saúde (população de 300 mil a 499,9 mil habitantes)	BRASIL, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf	Parâmetro pensado pela autora desta pesquisa considerando, que de acordo com a regionalização da rede o atendimento à pessoa com deficiência deve estar o mais próximo possível do seu local de residência
4. Oferta de profissionais de reabilitação no SUS	Sua mensuração revela a capacidade da RCPD em prestar a assistência na atenção especializada quanto aos recursos humanos	CNES, IBGE	Número de profissionais por CBO / população residente X 100.000 (realizar uma razão para cada CBO selecionado). Lista de profissionais de acordo com referência: BRASIL, 2013	REGIÃO DE SAÚDE, MACRORREGIÃO DE SAÚDE, UNIDADES FEDERATIVAS, MACRORREGIÕES DO BRASIL E BRASIL.	ANUAL	ESTRUTURA	2 profissionais terapeutas de cada área de atuação a cada 100.000 habitantes	LESSA; MIRANDA, 2005 BRASIL, 2013	Parâmetro criado para estimar a necessidade do profissional fonoaudiólogo nos três níveis de atenção à saúde. Extrapolou-se este parâmetro para os demais profissionais terapeutas, afim de se obter um número mínimo de profissionais
5. Oferta de cirurgia para colocação de implantes cocleares por estabelecimento	Sua mensuração traduz a oferta dos estabelecimentos de tecnologias assistivas (implante coclear)	SIH, CNES	Número total de implantes cocleares / Número de estabelecimentos habilitados para realizar implante coclear Código SIGTAP: 04.04.01.014-8; 04.04.01.057-1; 04.04.01.058-0 Habilitação cód:0305 Serviço/Classificação cód: 107/008	UNIDADES FEDERATIVAS E BRASIL	ANUAL	PROCESSO	24 implantes cocleares/ano por estabelecimento habilitado	BRASIL, 2015	Deverá ser consultado no CNES o número de estabelecimentos habilitados para realizar implantes cocleares

INDICADOR	OBJETIVO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	PERIODICIDADE	TIPO DO INDICADOR	PARÂMETRO DE AVALIAÇÃO	REFERÊNCIA UTILIZADA PARA CONSTRUÇÃO DO PARÂMETRO	OBSERVAÇÃO
6. Oferta de consultas de acompanhamento de pacientes com implante coclear	Sua mensuração traduz a continuidade do acesso a atenção especializada da RCPD	SIA SIH	Criança: Número total de consultas de acompanhamento de pacientes com implante coclear (pacientes com idade até 10 anos) / Número total de implantes cocleares (pacientes com idade até 10 anos) Adulto: Número total de consultas de acompanhamento de pacientes com implante coclear (pacientes com idade igual a 11 anos ou mais) / Número total de implantes cocleares (pacientes com idade igual a 11 anos ou mais) Implante coclear Código SIGTAP: 04.04.01.014-8; 04.04.01.057-1; 04.04.01.058-0 Acompanhamento de paciente com implante coclear Código SIGTAP: 03.01.07.019-9	UNIDADES FEDERATIVAS E BRASIL	ANUAL	PROCESSO	Para cada 1 implante deverão ocorrer: Crianças: 6 consultas ano Adultos: 4 consultas ano	BRASIL, 2017	Para crianças no primeiro ano de uso são necessárias 6 consultas de acompanhamento e para adultos 4 acompanhamentos
7. Oferta de Aparelho de Amplificação Sonora Individual no SUS	Sua mensuração revela o acesso a tecnologias assistivas na RCPD	SIA IBGE (módulo Pessoas com deficiência, da Pnad 2022)	Número total de AASI dispensados / total da população com deficiência auditiva (dados Pnad contínua, 2022) X 100 Cód. SIGTAP: tipo A: 7.01.03.001-1, 07.01.03.002-0, 07.01.03.003-8, 07.01.03.006-2, 07.01.03.009-7, 07.01.03.012-7 tipo B: 07.01.03.004-6, 07.01.03.007-0, 07.01.03.010-0, 07.01.03.013-5 tipo C: 07.01.03.005-4, 07.01.03.008-9, 07.01.03.011-9, 07.01.03.014-3	BRASIL	ANUAL	PROCESSO	Deverá ser considerado a razão de crescimento deste procedimento em um determinado período de tempo. Levando em consideração o percentual estimado pelo IBGE (2022) de pessoas com dificuldades para ouvir mesmo com aparelho de amplificação sonora é de : 1,2% da população brasileira	BRASIL, 2020. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf	Não foi encontrado na literatura parâmetro para este indicador. Desta forma, a pesquisadora propõe que este número seja estabelecido em CIR e CIB no planejamento da RCPD
8. Oferta de consultas de acompanhamento de pacientes com AASI	Sua mensuração traduz a continuidade do acesso a atenção especializada da RCPD	SIA SIH	Crianças: Número total de consultas de acompanhamento de pacientes com AASI (idade até 3 anos) / Número total de AASI dispensados (idade até 3 anos) Adultos: Número total de consultas de acompanhamento de pacientes com AASI/ Número total de AASI dispensados Cód. SIGTAP: consulta de acompanhamento 03.01.07.003-2 AASI dispensados: tipo A: 7.01.03.001-1, 07.01.03.002-0, 07.01.03.003-8, 07.01.03.006-2, 07.01.03.009-7, 07.01.03.012-7; tipo B: 07.01.03.004-6, 07.01.03.007-0, 07.01.03.010-0, 07.01.03.013-5; tipo C: 07.01.03.005-4, 07.01.03.008-9, 07.01.03.011-9, 07.01.03.014-3	UNIDADES FEDERATIVAS E BRASIL	ANUAL	PROCESSO	A cada AASI dispensado deverão ocorrer para: Crianças até três anos até 4 anos consultas/ano, sendo: Crítica : abaixo de 1 consulta ano Baixa:1 consultas/ano Média: 2 consultas/ ano Alta: de 3 a 4 consultas/ano Maiores de três anos até 2 consultas/ano, sendo: Crítica : abaixo de 1 consulta ano Média: 1 consulta/ ano Alta: 2 consultas/ano	BRASIL, 2013. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/uplod/arquivos/carga20171010/13131007-portaria-793.pdf	O acompanhamento deverá ser realizado pelos profissionais: médico otorrinolaringologista (CBO 2252-75) e fonoaudiólogo audiológico (CBO 2238-20). Os parâmetros encontrados possuem o recorte de crianças até 3 anos e adultos, sendo assim a faixa etária de 4 anos ou mais deverá entrar no parâmetro de adultos com até duas consultas ano

INDICADOR	OBJETIVO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	PERIODICIDADE	TIPO DO INDICADOR	PARÂMETRO DE AVALIAÇÃO	REFERÊNCIA UTILIZADA PARA CONSTRUÇÃO DO PARÂMETRO	OBSERVAÇÃO
9. Oferta de procedimentos segundo o tipo de reabilitação por estabelecimento habilitado	Sua mensuração revela o acesso a utilização dos serviços especializados em reabilitação	SIA CNES	Número total de procedimentos de reabilitação específica/ Número de estabelecimentos por tipo de modalidade de reabilitação	REGIÃO DE SAÚDE, MACRORREGIÃO, UNIDADES FEDERATIVAS E BRASIL.	ANUAL	PROCESSO	Procedimentos conforme o material BRASIL (2020) Reabilitação Auditiva: 1.800/ano Reabilitação Física: 2.400/ano Reabilitação Intelectual: 2.400/ano Reabilitação Visual: 1.800/ano	BRASIL, 2020. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf	Na portaria MS 1.631/2015 e instrutivo é descrito como usuários/mês, no entanto ficaria inviável a verificação por paciente no sistema de informação, por este motivo utilizou-se a nomenclatura procedimentos/ano
10. Oferta de órteses e próteses e materiais especiais (OPM) dispensadas para pessoas com deficiência física	Sua mensuração revela o acesso a tecnologias assistivas na RCPD	SIA IBGE (módulo Pessoas com deficiência, da Pnad 2022)	Número total de OPM para deficiência física dispensadas/ Total da população residente com deficiência física (dados Pnad contínua, 2022) X 1.000 Forma de organização: 070101 (OPM auxiliares de locomoção) e 070102 (OPM ortopédicas)	REGIÃO DE SAÚDE, MACRORREGIÃO	ANUAL	PROCESSO	A interpretação deverá ser estabelecida de acordo com o planejamento regional e estadual, levando em consideração a oferta de serviços e se há um crescimento na dispensação de órteses e próteses ao longo do período a ser analisado. Levando em consideração o percentual estimado pelo IBGE (2022) de pessoas com dificuldades para andar ou subir degraus é de : 3,4% e dificuldade para pegar objeto pequenos ou abrir e fechar recipientes é de: 1,4% da população brasileira		Não foi encontrado número mínimo de órteses e próteses que devem ser dispensadas mês e ano nas Oficinas Ortopédicas. Desta forma, a pesquisadora propõe que este número seja estabelecido em CIR e CIB no planejamento da rede de atenção à pessoa com deficiência
11. Oferta de órteses e próteses e materiais especiais (OPM) dispensadas para pessoas com deficiência visual	Sua mensuração revela o acesso a tecnologias assistivas na RCPD	SIA IBGE (módulo Pessoas com deficiência, da Pnad 2022)	Número total de OPM dispensadas OFTALMOLÓGICAS / Total da população residente com deficiência visual (dados Pnad contínua, 2022) X 1.000 Forma de organização: 070104 (OPM oftalmológicas)	REGIÃO DE SAÚDE, MACRORREGIÃO	ANUAL	PROCESSO	A interpretação deverá ser estabelecida de acordo com o planejamento regional e estadual, levando em consideração a oferta de serviços e se há um crescimento na dispensação de órteses e próteses ao longo do período a ser analisado. Levando em consideração o percentual estimado pelo IBGE (2022) de pessoas com dificuldades para enxergar mesmo usando óculos ou lentes é de : 3,1% da população brasileira		Não foi encontrado número mínimo de órteses e próteses que devem ser dispensadas mês e ano nas Oficinas Ortopédicas. Desta forma, a pesquisadora propõe que este número seja estabelecido em CIR e CIB no planejamento da rede de atenção à pessoa com deficiência. Foi retirado da conta do indicador o número de AASI e implante coclear por já haver indicadores específicos para estas modalidades
12. Número de procedimentos por Centro Especializado em Reabilitação (CER) ao ano	Sua mensuração revela a capacidade da RCPD em prestar a assistência de média complexidade na atenção especializada	SIA CNES	Número total de procedimentos realizados por Tipo de CER	REGIÃO DE SAÚDE, MACRORREGIÃO DE SAÚDE, UNIDADES FEDERATIVAS E BRASIL.	ANUAL	PROCESSO	CER II: de 3.600 a 4.800 procedimentos/ano CER III: 6.000 a 6.600 procedimentos/ano CER IV: 8.400 procedimentos/ano	BRASIL, 2020	
13. Cobertura da triagem auditiva neonatal	Sua mensuração revela a cobertura da detecção de casos novos de perda auditiva	SIA SINASC	Número total EOA triagem e PEATE triagem /Número total de nascidos vivos x 100 (02.11.07.014-9 - EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA -TESTE DA ORELHINHA; 02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA - TESTE DA ORELHINHA)	REGIÃO DE SAÚDE, MACRORREGIÃO DE SAÚDE, UNIDADES FEDERATIVAS E BRASIL.	ANUAL	RESULTADO	Cobertura de: 95% dos nascidos vivos	BRASIL, 2012. Disponível em: https://bvsm.sau.de.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf	Foi considerado para construção deste material a realização além da EOA o exame de PEATE, pois a execução do mesmo diminui os índices de falso-positivos

5. Considerações Finais

A revisão permitiu o levantamento de um conjunto de indicadores que foram calculados a partir dos sistemas de informação em saúde, para avaliar serviços de saúde e que podem ser adaptados para avaliação da atenção especializada em reabilitação. Este processo favorecerá a etapa de validação dos indicadores de modo a garantir a aplicabilidade para a avaliação da RCPD de forma mais efetiva.

A revisão expôs os elementos essenciais que devem ser analisados na avaliação das RAS, ademais, forneceu estratégias para a construção da metodologia para a formulação de novos indicadores. Assim, o mapeamento dos indicadores que possam auxiliar no processo de avaliação dos serviços de saúde contribuiu para a consolidação e construção da matriz de indicadores.

Para orientar a avaliação da atenção especializada da RCPD considera-se os 13 indicadores da matriz com evidência de validade no que concerne aos critérios estabelecidos: linguagem clara, método de mensuração adequado, fonte de dados, viabilidade de aplicação, possui tempo hábil (oportuno), reprodutividade, sustentabilidade (pode ser coletado de forma contínua), pertinência/relevância e compreensão.

Os indicadores propostos não encontram-se imutáveis, portanto podem ser alterados de acordo com as realidades regionais para maior sensibilidade em sua aplicação. Registra-se a dificuldade na identificação de parâmetros já estabelecidos pela RCPD que apoiassem a análise dos indicadores, desta forma esta pesquisa também realizou proposição e consenso de alguns parâmetros.

Recomenda-se estudos voltados para a aplicação deste instrumento e que visem a construção de outros indicadores para a avaliação do componente especializado e os demais níveis de complexidade da RCPD. Destaca-se a necessidade de estudos voltados para a continuidade da validação com avaliação de outras propriedades psicométricas. Outro aspecto é a necessidade de construção de parâmetros para embasar a avaliação da RCPD. Além disso, alterações na forma de registro de alguns procedimentos nos SIS, a fim de tornar os dados sensíveis a informações como: local de residência do paciente.

Referências

- ALBUQUERQUE, C.; MARTINS, M. Indicadores de desempenho no Sistema Único de Saúde: uma avaliação dos avanços e lacunas. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe, p. 118–137, mar. 2017.
- ALBURQUEQUE, A. P. L. Acessibilidade da pessoa com deficiência aos serviços de saúde. **IV Congresso Brasileiro de Ciências da Saúde**, 2020.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011.
- ALMEIDA, G. M. DE; MATOS, P. B. L.; SILVA, L. O. DA; ARANTES, D. C.; LOPES, A. L. DE N.; SOUZA, R. N. L.; SANTI, C. A. N. DE; PONTES, F. S. C.; PONTES, H. A. R.; NASCIMENTO, L. S. DO. Influência do monitoramento de indicadores e informações de saúde bucal no desempenho das equipes de saúde bucal em estado Amazônico. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 51, p. e3513, 16 jul. 2020.
- AMORIM, A. A. Resolubilidade da Assistência como proposta de indicador para avaliar a descentralização da assistência hospitalar em Minas Gerais. **RAHIS**, v. 10, n. 2, 4 out. 2013.
- ARAUJO, D. E.; MERCHAN-HAMANN, E.; SILVA LIMA, F. S. DA; LAGUARDIA, J.; URDANETA GUTIERREZ, M. M. Avaliação de desempenho das redes de atenção à saúde: uma proposta de indicadores. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 10, n. 3, 30 set. 2016.
- ARAÚJO, L. M. DE; ARAÚJO ARAGÃO, A. E. DE; AZEVEDO PONTE, K. M. DE; AGUIAR VASCONCELOS, L. C. Pessoas com deficiências e tipos de barreiras de acessibilidade aos serviços de saúde - revisão integrativa / Disabled people and types of barriers to the accessibility of health services – integrative review. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, n. 2, p. 549–557, 2018.
- ARAÚJO, L. O.; RAZZOLINI FILHO, E. Os Sistemas De Informação Como Suporte À Tomada De Decisão Estratégica. **Revista Competitividade e Sustentabilidade**, v. 4, n. 2, 2017.
- ARAÚJO YB, REZENDE LCM, DE QUEIROGA MMD, DOS S. SR. DE. Sistemas de Informação em Saúde: inconsistências de informações no contexto da Atenção Primária. v. 08, 2016.
- ASSIS, T. R.; CHAGAS, V. O.; GOES, R. D. M.; SCHAFHAUSER, N. S.; CAITANO, K. G.; MARQUEZ, R. A. Implementação da Rede Cegonha em uma Regional de Saúde do estado de Goiás: o que os indicadores de saúde mostram sobre atenção materno-infantil? **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 4, 20 dez. 2019.
- BITTAR, O. J. N.; BICZYK, M.; SERINOLLI, M. I.; NOVARETTI, M. C. Z.; MOURA, M. M. N. DE. Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. **Revista de Administração em Saúde**, v. 18, n. 70, 2018.
- BOTASSO, K. DE C.; LIMA, M. C. M. P.; CORREA, C. R. S. Análise de um programa de saúde auditiva infantil ambulatorial: da triagem ao encaminhamento para reabilitação. **CoDAS**, v. 34, n. 4, 2022.
- BOTEAGA, L. DE A.; ANDRADE, M. V.; GUEDES, G. R. Profile of general hospitals in the Unified Health System. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, 2020.

BRASIL. Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. . 1990.

____. Lei nº10.048, de 8 de novembro de 2000. . 2000 a, p. 7–8.

____. Lei nº10.098, de 19 de dezembro de 2000. . 2000 b, p. 3–8.

____. PT. MS/SAS nº1.060. . 2002.

____. Decreto nº5.296 de 2 de dezembro de 2004. . 2004, p. 1–17.

____. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. . 2008.

____. PORTARIA Nº 4.279, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2010. . 2010.

____. Decreto nº 7.508, de junho de 2011. Regulamenta a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde -SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa e dá outras providências. . 2011.

BRASIL. DECRETO Nº 7.612, DE 17 DE NOVEMBRO DE 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. . 17 nov. 2011.

BRASIL. Portaria MS/GM nº793. . 2012 a.

BRASIL. Portaria Nº1.341, de 13 de junho de 2012. . 2012.

BRASIL. PT. MS/GM nº835. . 2012 b, p. 7–10.

____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. . 2015, p. 1–30.

BRASIL. PORTARIA GM/MS Nº 1.604, DE 18 DE OUTUBRO DE 2023. Institui a Política Nacional de Atenção Especializada em Saúde(PNAES), no âmbito do Sistema Único de Saúde. . 20 out. 2023 a.

____. DECRETO Nº 11.793, DE 23 DE NOVEMBRO DE 2023. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Novo Viver sem Limite. . 23 nov. 2023 b.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Caderno de Informações para a Gestão Estadual do SUS - 2011 Pernambuco**. Brasília: [s.n.].

BRASIL, M. DA SAÚDE. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. . 2017 a.

____. Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. . 2017 b.

____. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. . 2023 a.

____. Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023. . 2023 b.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 116, de 9 de setembro de 1993. Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde - SIA/SUS a concessão de órteses e próteses. . 10 set. 1993 a.

____. Portaria nº 126, de 17 de setembro de 1993. Cria na tabela de procedimentos do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde a cirurgia de implante coclear (SIH/SUS). . 18 set. 1993 b.

BRASIL, S. DE D. H. Avanços das Políticas Públicas para as Pessoas com Deficiência- Uma análise a partir das Conferências Nacionais. *Em*: BERNARDES, L. C. G. (Ed.). . 1º edição ed. Brasília: Presidência da República, 2012. .

BRUM, L. W.; THUMÉ, E.; DILÉLIO, A. S.; FLORES-QUISPE, M. DEL P.; BARROS, N. B. R.; FACCHINI, L. A.; TOMASI, E. Qualidade da atenção a crianças menores de dois anos na rede básica do Brasil em 2018: indicadores e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, 2023.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. DE P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência: La rede integrada de servicios de salud del Sistema Brasileño de Salud para personas con discapacidades. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 19, n. 52, p. 207–210, 2015.

CARVALHO, C. A.; PINHO, J. R. O.; GARCIA, P. T. **Epidemiologia: Conceitos e aplicabilidade no Sistema Único de Saúde**. [s.l: s.n.].

CASSEPP-BORGES, V. , B. M. A. A. , & T. M. L. M. Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. *Em*: IN L. PASQUALI (Ed.). . **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed., 2010. p. 506–520.

CLEMENTE, K. A. P.; SILVA, S. V. DA; VIEIRA, G. I.; BORTOLI, M. C. DE; TOMA, T. S.; RAMOS, V. D.; BRITO, C. M. M. DE. Barreiras ao acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde: uma revisão de escopo. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, p. 64, 1 jul. 2022.

COELHO NETO, G. C.; CHIORO, A. Afinal, quantos Sistemas de Informação em Saúde de base nacional existem no Brasil? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 7, 2021.

COELI, C. M. Sistemas de Informação em Saúde e uso de dados secundários na pesquisa e avaliação em saúde Health Information Systems and secondary data use in health research and evaluation. **Cad. Saúde Colet**, v. 18, n. 3, p. 225–635, 2010.

COLLARES, C. F.; LOGULO, W.; GREC, P. Psicometria Na Garantia De Qualidade Da Educação Médica : Conceitos E Aplicações Psychometry and Medical Education Quality : Concepts and Application E Te O R la D E R Es P Os Ta Ao. **Science in Health**, v. 3, n. 1, p. 33–49, 2012.

CONDESSA, A. M.; LUCENA, E. H. G. DE; FIGUEIREDO, N.; GOES, P. S. A. DE; HILGERT, J. B. Atenção odontológica especializada para pessoas com deficiência no Brasil: perfil dos centros de especialidades odontológicas, 2014. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 29, n. 5, p. e2018154, 2020.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. Regulação Assistencial e os Sistemas de Informação/Oficina CONASS. Nota técnica nº 4. . 27 maio 2015.

CUNHA, C. M.; PEREIRA, O.; NETO, D. A.; STACKFLETH, R. PRINCIPAIS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DA VALIDADE DE INSTRUMENTOS DE MEDIDA. **Rev. Aten. Saúde**, v. 14, p. 75–83, 2016.

DONABEDIAN, A. The assessment of technology and quality: A comparative study of certainties and ambiguities. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v. 4, n. 4, p. 487–496, 1988.

____. La Calidad de la Atencion Medica. **Rev. Calidad Asistencial**, v. 16, p. S29–S38, 2001.

DUBOW, C.; GARCIA, E. L.; KRUG, S. B. F. Percepções sobre a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em uma Região de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 117, p. 455–467, 2018.

FERLA, A. A.; CECCIM, R. B.; ALBA, R. D. Information, education and health care work: Beyond evidence, collective intelligence. **Reciis**, v. 6, n. 2, 2012.

FERREIRA, J. E. DE S. M.; OLIVEIRA, L. R. DE; MARQUES, W. S.; LIMA, T. S. DE; BARBOSA, E. DA S.; CASTRO, R. R.; GUIMARÃES, J. M. X. Sistemas de Informação em Saúde no apoio à gestão da Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 14, n. 4, p. 970–982, 17 dez. 2020.

FERREIRA, J. S. A.; VILELA, M. B. R.; ARAGÃO, P. S.; OLIVEIRA, R. A. DE; TINÉ, R. F. Avaliação da qualidade da informação: linkage entre SIM e SINASC em Jaboatão dos Guararapes (PE). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. suppl 1, p. 1241–1246, 2011.

FILGUEIRAS, A.; GALVÃO, B. DE O.; PIRES, P.; FIORAVANTI-BASTOS, A. C. M.; HORA, G. P. R.; SANTANA, C. M. T.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Tradução e adaptação semântica do Questionário de Controle Atencional para o Contexto Brasileiro. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 32, n. 2, p. 173–185, jun. 2015.

GOMES, S. M.; MIRANDA, G. M. D.; SOUSA, F. DE O. S.; NASCIMENTO, C. M. B. DO; LIMA, M. L. L. T. DE; SILVA, V. DE L.; VILELA, M. B. R. Reabilitação física/funcional no Brasil: análise espaço-temporal da oferta no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 2, p. 373–383, 16 jan. 2023.

GOULART, B. N. G. DE; ANDERLE, P. Reabilitação: uma demanda que cresce e merece atenção. **CoDAS**, v. 32, n. 2, 2020.

HAYNES, S. N.; RICHARD, D. C. S.; KUBANY, E. S. Content Validity in Psychological Assessment: A Functional Approach to Concepts and Methods. **Psychological Assessment**, v. 7, n. 3, p. 238–247, 1995.

HEINEMANN, A. W.; FEUERSTEIN, M.; FRONTERA, W. R.; GARD, S. A.; KAMINSKY, L. A.; NEGRINI, S.; RICHARDS, L. G.; VALLÉE, C. Rehabilitation Is a Global Health Priority. **BMC Health Services Research**, v. 20, n. 1, p. 143, 26 dez. 2020.

IBGE. **Nota Técnica. Censo Demográfico 2010**. [s.l.: s.n.].

____. **Pessoas com deficiência : 2022 / IBGE, Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios**. [s.l.: s.n.].

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 68, n. 4, p. 319–323, 2010.

KIMBERLIN, C. L.; WINTERSTEIN, A. G. Validity and reliability of measurement instruments used in research. **American Journal of Health-System Pharmacy**, v. 65, n. 23, p. 2276–2284, 2008.

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

LAMY, R. DE L. R. F. **Indicadores de Saúde Bucal no Estado de Minas Gerais, no período de 2005 a 2012: um estudo exploratório**. [s.l.] – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, 2014.

LIMA, A.; CÁSSIA JANUÁRIO, M.; THIAGO LIMA, P.; MOURA E SILVA, W. DE. DATASUS: o uso dos Sistemas de Informação na Saúde Pública. **REFAS. Revista da FATEC Zona Sul**, v. 1, n. 3, p. 16–31, 2015.

LIMA, K. W. S. DE; ANTUNES, J. L. F.; SILVA, Z. P. DA. Percepção dos gestores sobre o uso de indicadores nos serviços de saúde. **Saude e Sociedade**, v. 24, n. 1, p. 61–71, 2015.

LIMA, M. L. L. T. DE; LIMA, M. L. C. DE; DESLANDES, S. F.; SOUZA, E. R. DE; BARREIRA, A. K. Assistência em reabilitação para vítimas de acidentes e violência: a situação dos municípios em Pernambuco, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 33–42, jan. 2012.

LUIZ, O. DO C. *et al.* Diferenciais intermunicipais de condições de vida e saúde: construção de um indicador composto. **Revista de Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 115–122, fev. 2009.

MACHADO, W. C. A.; PEREIRA, J. DE S.; SCHOELLER, S. D.; JÚLIO, L. C. T.; MARTINS, M. M. F. P. DA S.; FIGUEIREDO, N. M. A. DE. Comprehensiveness in the care network regarding the care of the disabled person. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 27, n. 3, p. 1–9, 2018.

MACHADO, W. C. A.; SILVA, V. M. DA; SILVA, R. A. DA; RAMOS, R. L.; FIGUEIREDO, N. M. A. DE; BRANCO, E. M. DA S. C.; REZENDE, L. K.; CARREIRO, M. DE A. Hospital discharge of patients with disabling neurological injury: Necessary referrals to rehabilitation. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 21, n. 10, p. 3161–3170, 1 out. 2016.

MACIEL, F. J.; FRICHE, A. A. D. L.; JANUÁRIO, G. C.; SANTOS, M. F. N.; REIS, R. A.; NETO, R. D. O.; LEMOS, S. M. A. Spatial analysis of specialized care in the network for people with disability: The case of Minas Gerais, Brazil. **Codas**, v. 32, n. 3, p. 1–7, 2020.

MARIN, H. D. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, v. 2, n. 1, p. 20–24, 2010.

MARTINS, G. DE A. Sobre confiabilidade e validade. **Revista Brasileira de Gestao de Negocios**, v. 8, n. 20, p. 1–12, 2006.

MARTINS, M.; LIMA, S. M. L.; ANDRADE, C. L. T. DE; PORTELA, M. C. Indicadores hospitalares de acesso e efetividade e crise econômica: análise baseada nos dados do Sistema Único de Saúde, Brasil e estados da região Sudeste, 2009-2018. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 12, p. 4541–4554, dez. 2019.

MATOS, P. E. S. **Análise da atenção em saúde bucal sob a ótica do sistema de informação da atenção básica**. Bauru: Universidade de São Paulo, 29 maio 2014.

MATTA, G. C.; MORENO, A. B. Saúde global: Uma análise sobre as relações entre os processos de globalização e o uso dos indicadores de saúde. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 18, n. 48, p. 9–22, 2014.

MEDEIROS, R.; JÚNIOR, M.; PINTO, D.; VITOR, A.; SANTOS, V.; BARICHELLO, E. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV Série, n. Nº 4, p. 127–135, 29 mar. 2015.

MICAH, P.; CHRISTINA, G.; PATRICIA, M.; ZACHARY, M.; ANDREA, T.; HANAN, K. Chapter 11: Scoping Reviews. Em: E, A.; Z, M. (Eds.). . **JBÍ Manual for Evidence Synthesis**. [s.l.] JBI, 2020a. .

____. Chapter 11: Scoping Reviews. Em: E, A.; Z, M. (Eds.). . **JBÍ Manual for Evidence Synthesis**. [s.l.] JBI, 2020b. .

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - 2011. Nota Técnica. . 2011.

MOUZINHO, M. E. DO C. **ndicadores para monitoramento da saúde da pessoa idosa: revisão integrativa**. [s.l: s.n.].

NASCIMENTO, I. R. C. DO; JORGE, M. S. B.; LEITÃO, I. M. T. DE A. Validação de Protocolos de Avaliação Psicológica e Indicadores de Atendimento em Psico-Oncologia. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, 2021.

ONU, O. DAS N. U. Resolução nº 30/84, de 9/12/75. . 1975.

____. Declaração de Salamanca.Princípios, Política e Prática em Educação Especial. . 1994.

OPAS. **Indicadores de Saúde. Elementos vonceituais e práticos**. [s.l: s.n.].

____. **Indicadores de Saúde. Elementos vonceituais e práticos**. [s.l: s.n.].

PEREIRA, G. M. C.; OLIVEIRA, I. D. DE; SILVA, R. D. DA; HÉKIS, H. R.; VALENTIM, R. A. DE M. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO COMO APOIO À GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. **Revista Brasileira de Inovação Tecnológica em Saúde - ISSN:2236-1103**, 23 fev. 2016.

PEREIRA, V. F. R.; MACIEL, C. M.; COSTA, B. C. P.; DÁZIO, E. M. R.; NASCIMENTO, M. C. DO; FAVA, S. M. C. L. Cuidado de enfermagem às pessoas com deficiência na Atenção Primária à Saúde. **Global Academic Nursing Journal**, v. 1, n. 1, p. 1–8, 2020.

PILATTI, L. A.; PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L. Propriedades Psicométricas de Instrumentos de Avaliação: Um debate necessário. **Revista Brasileira de Ensino de Ciência e Tecnologia**, v. 3, n. 1, p. 81–91, 2010.

PINHEIRO, A. L. S.; ANDRADE, K. T. S.; SILVA, D. DE O.; ZACHARIAS, F. C. M.; GOMIDE, M. F. S.; PINTO, I. C. HEALTH MANAGEMENT: THE USE OF INFORMATION SYSTEMS AND KNOWLEDGE SHARING FOR THE DECISION MAKING PROCESS. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 1–9, 2016.

PINTO, L. F.; FREITAS, M. P. S. DE; FIGUEIREDO, A. W. S. DE. National information and population survey systems: Selected contributions from the ministry of health and the IBGE for analysis of brazilian state capitals over the past 30 years. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1859–1870, 2018.

PINTO, L. F.; FREITAS, M. P. S. DE; FIGUEIREDO, A. W. S. DE. Sistemas Nacionais de Informação e levantamentos populacionais: algumas contribuições do Ministério da Saúde e do IBGE para a análise das capitais brasileiras nos últimos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1859–1870, jun. 2018.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: Avaliação de evidências para prática de enfermagem**. 7 ed. ed. Porto Alegre: [s.n.].

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE. **INDICADORES BÁSICOS PARA A SAÚDE NO BRASIL: CONCEITOS E APLICAÇÕES**. Organização ed. Brasília: [s.n.].

RIBEIRO, K. S. Q. S.; MEDEIROS, A. DE A.; SILVA, S. L. A. DA. **Redecin Brasil: o cuidado na rede de atenção à pessoa com deficiência nos diferentes Brasis**. [s.l.] Editora Rede Unida, 2022.

RIBEIRO, K. S. Q. S.; SALDANHA, J. H. S.; ZANELA, Â. K.; FERRARI, F. P.; FREITAS, G. K. F.; BARROSO, R. B.; SILVA, S. L. A. DA; CHAVES, S. C. L.; AQUINO, V. DA S.; SCHMITT, A. C. B.; FERNANDES, T. G. Avaliação da implantação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no Sistema Único de Saúde: um estudo de casos múltiplos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 39, n. 5, 2023.

RIPSA, R. I. DE I. PARA A S. **INDICADORES BÁSICOS PARA A SAÚDE NO BRASIL: CONCEITOS E APLICAÇÕES**. 2º ed. ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

ROMERO, D. E.; CASTANHEIRA, D.; MARQUES, A. P.; MUZY, J.; SABBADINI, L.; SILVA, R. S. DA. Metodologia integrada de acompanhamento de políticas públicas e situação de saúde: o SISAP-Idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 8, p. 2641–2650, ago. 2018.

RUBIO, D. M.; BERG-WEGER, M.; TEBB, S. S.; LEE, E. S.; RAUCH, S. Objectifying content validity: Conduccting a content validity study in social work research. **National Association of Social Warkers**, v. 27, n. 2, p. 94–104, 2003.

SAMPAIO, M. L.; BISPO JÚNIOR, J. P. Rede de Atenção Psicossocial: avaliação da estrutura e do processo de articulação do cuidado em saúde mental. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 3, 2021.

SANTOS, DOS A.; VIDOTTO, L. S.; GIUBLIN, C. R. A utilização do método Delphi em pesquisas na área da gestão da construção. **Ambiente Construído**, v. 5, n. 2, p. 51–59, 2008.

SANTOS, M. F. N.; FRICHE, A. A. L.; LEMOS, S. M. A. Health Care to people with disability: the formation of teams and geographical distribution of the rehabilitation specialized component. **Codas**, v. 33, n. 1, p. 1–12, 2021a.

____. Atenção à pessoa com deficiência: composição das equipes e distribuição geográfica do componente especializado em reabilitação. **CoDAS**, v. 33, n. 1, 2021b.

____. Atenção à pessoa com deficiência: composição das equipes e distribuição geográfica do componente especializado em reabilitação. **CoDAS**, v. 33, n. 1, 2021c.

SILVA, A. L. A. DA. **AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA MATERNA E NEONATAL: A CONSTRUÇÃO DO ÍNDICE DE COMPLETUDE DA ASSISTÊNCIA HOSPITALAR ATRAVÉS DOS SISTEMAS DE INFORMAÇÕES ASSISTENCIAIS**. [s.l.] Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Aggeu Magalhães, 2012.

SILVA, R. P. M.; NASCIMENTO, C. M. B. DO; MIRANDA, G. M. D.; SILVA, V. L. DA; LIMA, M. L. L. T. DE; VILELA, M. B. R. Evolução da oferta de Fonoaudiólogos no SUS: um estudo sobre a correlação com os indicadores sociais no Brasil na última década. **CoDAS**, v. 33, n. 2, 2021.

- SILVEIRA, M. B.; SALDANHA, R. P.; LEITE, J. C. DE C.; SILVA, T. O. F. DA; SILVA, T.; FILIPPIN, L. I. Construction and validation of content of one instrument to assess falls in the elderly. **Einstein (São Paulo)**, v. 16, n. 2, 11 jun. 2018.
- SIQUEIRA, P. M.; UMEDA, J. E.; NAUFEL, F. S.; TABCHOURY, C. P. M.; FUJIMAKI, M. Indicadores de produção ambulatorial de Cursos de Odontologia do Brasil. **Revista da ABENO**, v. 22, n. 2, p. 1610, 2 nov. 2022.
- SOLEMAN, C.; BOUSQUAT, A. Políticas de saúde e concepções de surdez e de deficiência auditiva no SUS: um monólogo? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, n. 8, 2021.
- SOLLA, J.; CHIORO, A. Atenção Ambulatorial Especializada. Em: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. DE V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Eds.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012. v. 1p. 627–63.
- SOUZA, A. C. DE; ALEXANDRE, N. M. C.; GUIRARDELLO, E. DE B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiologia e serviços de saúde : revista do Sistema Unico de Saude do Brasil**, v. 26, n. 3, p. 649–659, 2017.
- SOUZA, A. DE; ANDRADE, M. V. FINANCIAMENTO PÚBLICO DA SAÚDE NOS MUNICÍPIOS BRASILEIROS: ANÁLISE DA QUALIDADE DOS REGISTROS DECLARADOS AO SIOPS DE 2002 A 2014 PARA A ATENÇÃO BÁSICA. **Revista Planejamento e Políticas Públicas**, n. 56, p. 251–282, 11 fev. 2021.
- TANAKA, O. Y.; DRUMOND JÚNIOR, M.; GONTIJO, T. L.; LOUVISON, M. C. P.; ROSA, T. E. C. Hipertensão arterial como condição traçadora para avaliação do acesso na atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 3, p. 963–972, mar. 2019.
- TERENCE COULTER WRIGHT PROFESSOR DOUTOR, J.; ALVES GIOVINAZZO, R. **DELPHI-UMA FERRAMENTA DE APOIO AO PLANEJAMENTO PROSPECTIVO**. [s.l.: s.n.].
- TRICCO, A. C. *et al.* PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. **Annals of Internal Medicine**, v. 169, n. 7, p. 467–473, 2 out. 2018.
- URSINE, B. L.; PEREIRA, É. L.; CARNEIRO, F. F. Saúde da pessoa com deficiência que vive no campo: O que dizem os trabalhadores da atenção básica? **Interface: Communication, Health, Education**, v. 22, n. 64, p. 109–120, 2018.
- VALE, T. M. DO; JUNIOR, A. R. F.; COSTA, E. B. DA. Sistemas de informação utilizados para planejamento e avaliação em saúde bucal / Information systems used for planning and evaluation in oral health. v. 25, n. 1, p. 187–198, 2022.
- VINUTO, J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa. **Tematicas**, v. 22, n. 44, p. 203–220, 2014.
- WHO: WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Rehabilitation 2030: a call for action: meeting report [Internet]**.
- YUSOFF, M. S. B. ABC of Content Validation and Content Validity Index Calculation. **Education in Medicine Journal**, v. 11, n. 2, p. 49–54, 2019.

ZARILI, T. F. T.; CASTANHEIRA, E. R. L.; NUNES, L. O.; MENDONÇA, C. S.; COUTO, C. E.; ROSSATO, S. L.; NEMES, M. I. B. Prevenção, detecção e assistência à deficiência em serviços de atenção primária à saúde do Estado de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 29, n. 6, jun. 2024.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre Esclarecido Eletrônico (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA
COMUNICAÇÃO HUMANA

pósSCH
 Pós-Graduação em Saúde
 da Comunicação Humana

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (Validade dos indicadores baseados nos sistemas de Informação em Saúde para avaliação da Atenção Especializada em Reabilitação), que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Pollyana Ribas de Oliveira, Avenida Presidente Eurico Gaspar Dutra, nº 626, CEP: 54300-022, telefone: (81)99721-6361, e-mail: pollyana.ribas@ufpe.br. e está sob a orientação de: Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima, Telefone: (81) 99914-5968, e-mail: maria.ltlima@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Trata-se de um estudo de validação de uma matriz de indicadores construída pela pesquisadora principal com a finalidade de obter indicadores válidos e que possuam fácil acesso aos dados para a sua aplicação e reprodutibilidade para desencadeamento dos processos avaliativos, considerando as próprias modificações estruturais que vêm ocorrendo na implementação das Redes de Atenção à Saúde.

O objetivo da pesquisa é buscar evidências de validade de indicadores para a avaliação da Atenção Especializada em Reabilitação a partir dos sistemas de informação em saúde. A coleta de dados ocorrerá de forma remota através de um formulário no Google Forms que conterá perguntas acerca dos indicadores

elencados na pesquisa, caso necessário os participantes serão convidados a responder novamente o formulário após adequação da matriz de indicadores na primeira rodada entre os juízes. Estima-se que o tempo para responder o questionário será de 30 minutos

RISCOS:

Consideram-se como os riscos de participação desta pesquisa o incomodo ou desconforto em responder formulário em diferentes momentos no tempo.

BENEFÍCIOS diretos/indiretos

Os benefícios foram estimados na possibilidade de contribuir para a construção de um instrumento capaz de avaliar e monitorar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência a partir de dados disponíveis nos sistemas de informação em saúde, de modo a favorecer sua aplicação na rotina dos serviços.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa questionário online (Google Forms) ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador principal, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

(Assinatura do Pesquisador)

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO (A)

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo Validade dos indicadores baseados nos sistemas de Informação em Saúde para avaliação da Atenção Especializada em Reabilitação, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

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

() Aceito Participar da pesquisa

() Não aceito participar da pesquisa

Apêndice B – Matriz de indicadores que oriente a avaliação da atenção especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD)

INDICADOR	OBJETIVO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	PERIODICIDADE	TIPO DO INDICADOR	PARÂMETRO DE AVALIAÇÃO	REFERÊNCIA UTILIZADA PARA CONSTRUÇÃO DO PARÂMETRO	OBSERVAÇÃO
1. Número de CER habilitados	Sua mensuração revela a capacidade da RCPD em prestar a assistência de média complexidade na atenção especializada	CNES	Número de Centros Especializados em Reabilitação - CER e outros serviços isolados de reabilitação por tipo de habilitação no CNES (cód. de Habilitações : 22.08 modalidade física, 22.09 modalidade intelectual, 22.10 modalidade auditiva, 22.11 modalidade visual; Cód. Serviço especializado: 135 Serviço de Reabilitação)	REGIÃO DE SAÚDE	ANUAL	ESTRUTURA	CER II - 1 por região de saúde (população até 100 mil habitantes) 2 por região de saúde (população de 100 mil a 299,9 mil habitantes) 3 por região de saúde (população de 300 mil a 499,9 mil habitantes) CER III ou CER IV - 1 região de saúde a cada 500 mil habitantes	BRASIL, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf	Parâmetro pensado pela autora desta pesquisa considerando, que de acordo com a regionalização da rede o atendimento a pessoa com deficiência deve estar o mais próximo possível do seu local de residência
2. Número de CEO com habilitação para realizar atendimento à pessoa com deficiência	Sua mensuração revela a capacidade da RCPD em prestar a assistência de média complexidade na atenção especializada	CNES	Número de CEO com habilitação no CNES para realizar atendimento à pessoa com deficiência (Habilitação: 0403, 0404 e 0405. Com cód. De Serviço 114 e Classificação 007 - Serviço de Atenção Bucal e Atendimento à PcD)	REGIÃO DE SAÚDE	ANUAL	ESTRUTURA	CEO tipo I - 1 por região de saúde (população até 100 mil habitantes) CEO tipo II - 1 por região de saúde (população de 100 mil a 299,9 mil habitantes) CEO tipo III - 1 por região de saúde (população de 300 mil a 499,9 mil habitantes)		Não foi encontrado número mínimo de CEO que devem estar habilitados para realizar atendimento à pessoa com deficiência para compôr a RCPD. Desta forma, a pesquisadora propõe que este número seja no mínimo 1 por macrorregião de saúde
3. Número de Oficinas Ortopédicas	Sua mensuração revela a capacidade da RCPD em prestar a assistência de média complexidade na atenção especializada	CNES	Número de Oficinas Ortopédicas com habilitação no CNES (Cód. Classificação : 007 Oficina ortopédica fixa, 008 - Oficina Ortopédica Itinerante Terrestre e 009 - Oficina Ortopédica Itinerante Fluvial)	REGIÃO DE SAÚDE, MACRORREGIÃO DE SAÚDE	ANUAL	ESTRUTURA	1 Oficina ortopédica fixa por macrorregião de saúde; 1 Oficina ortopédica intineirante (terrestre ou fluvial) por região de saúde (população de 300 mil a 499,9 mil habitantes)	BRASIL, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf	Parâmetro pensado pela autora desta pesquisa considerando, que de acordo com a regionalização da rede o atendimento à pessoa com deficiência deve estar o mais próximo possível do seu local de residência
4. Oferta de profissionais de reabilitação no SUS	Sua mensuração revela a capacidade da RCPD em prestar a assistência na atenção especializada quanto aos recursos humanos	CNES, IBGE	Número de profissionais por CBO / população residente X 100.000 (realizar uma razão para cada CBO selecionado). Lista de proficionais de acordo com referência: BRASIL, 2013	REGIÃO DE SAÚDE, MACRORREGIÃO DE SAÚDE, UNIDADES FEDERATIVAS, MACRORREGIÕES DO BRASIL E BRASIL.	ANUAL	ESTRUTURA	2 profissionais terapeutas de cada área de atuação a cada 100.000 habitantes	LESSA; MIRANDA, 2005 BRASIL, 2013	Parâmetro criado para estimar a necessidade do profissional fonoaudiólogo nos três níveis de atenção à saúde. Extrapolou-se este parâmetro para os demais profissionais terapeutas, afim de se obter um número mínimo de profissionais
5. Oferta de cirurgia para colocação de implantes cocleares por estabelecimento	Sua mensuração traduz a oferta dos estabelecimentos de tecnologias assistivas (implante coclear)	SIH, CNES	Número total de implantes cocleares / Número de estabelecimentos habilitados para realizar implante coclear Código SIGTAP: 04.04.01.014-8; 04.04.01.057-1; 04.04.01.058-0 Habilitação código: 0305 Serviço/Classificação código: 107/008	UNIDADES FEDERATIVAS E BRASIL	ANUAL	PROCESSO	24 implantes cocleares/ano por estabelecimento habilitado	BRASIL, 2015	Deverá ser consultado no CNES o número de estabelecimentos habilitados para realizar implantes cocleares

INDICADOR	OBJETIVO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	PERIODICIDADE	TIPO DO INDICADOR	PARÂMETRO DE AVALIAÇÃO	REFERÊNCIA UTILIZADA PARA CONSTRUÇÃO DO PARÂMETRO	OBSERVAÇÃO
6. Oferta de consultas de acompanhamento de pacientes com implante coclear	Sua mensuração traduz a continuidade do acesso a atenção especializada da RCPD	SIA SIH	Criança: Número total de consultas de acompanhamento de pacientes com implante coclear (pacientes com idade até 10 anos) / Número total de implantes cocleares (pacientes com idade até 10 anos) Adulto: Número total de consultas de acompanhamento de pacientes com implante coclear (pacientes com idade igual a 11 anos ou mais) / Número total de implantes cocleares (pacientes com idade igual a 11 anos ou mais) Implante coclear Código SIGTAP: 04.04.01.014-8; 04.04.01.057-1; 04.04.01.058-0 Acompanhamento de paciente com implante coclear Código SIGTAP: 03.01.07.019-9	UNIDADES FEDERATIVAS E BRASIL	ANUAL	PROCESSO	Para cada 1 implante deverão ocorrer: Crianças: 6 consultas ano Adultos: 4 consultas ano	BRASIL, 2017	Para crianças no primeiro ano de uso são necessárias 6 consultas de acompanhamento e para adultos 4 acompanhamentos
7. Oferta de Aparelho de Amplificação Sonora Individual no SUS	Sua mensuração revela o acesso a tecnologias assistivas na RCPD	SIA IBGE (módulo Pessoas com deficiência, da Pnad 2022)	Número total de AASI dispensados / total da população com deficiência auditiva (dados Pnad contínua, 2022) X 100 Cód. SIGTAP: tipo A: 7.01.03.001-1, 07.01.03.002-0, 07.01.03.003-8, 07.01.03.006-2, 07.01.03.009-7, 07.01.03.012-7 tipo B: 07.01.03.004-6, 07.01.03.007-0, 07.01.03.010-0, 07.01.03.013-5 tipo C: 07.01.03.005-4, 07.01.03.008-9, 07.01.03.011-9, 07.01.03.014-3	BRASIL	ANUAL	PROCESSO	Deverá ser considerado a razão de crescimento deste procedimento em um determinado período de tempo. Levando em consideração o percentual estimado pelo IBGE (2022) de pessoas com dificuldades para ouvir mesmo com aparelho de amplificação sonora é de : 1,2% da população brasileira	BRASIL, 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf	Não foi encontrado na literatura parâmetro para este indicador. Desta forma, a pesquisadora propõe que este número seja estabelecido em CIR e CIB no planejamento da RCPD
8. Oferta de consultas de acompanhamento de pacientes com AASI	Sua mensuração traduz a continuidade do acesso a atenção especializada da RCPD	SIA SIH	Crianças: Número total de consultas de acompanhamento de pacientes com AASI (idade até 3 anos) / Número total de AASI dispensados (idade até 3 anos) Adultos: Número total de consultas de acompanhamento de pacientes com AASI/ Número total de AASI dispensados Cód. SIGTAP: consulta de acompanhamento 03.01.07.003-2 AASI dispensados: tipo A: 7.01.03.001-1, 07.01.03.002-0, 07.01.03.003-8, 07.01.03.006-2, 07.01.03.009-7, 07.01.03.012-7; tipo B: 07.01.03.004-6, 07.01.03.007-0, 07.01.03.010-0, 07.01.03.013-5; tipo C: 07.01.03.005-4, 07.01.03.008-9, 07.01.03.011-9, 07.01.03.014-3	UNIDADES FEDERATIVAS E BRASIL	ANUAL	PROCESSO	A cada AASI dispensado deverão ocorrer para: Crianças até três anos até 4 anos aconsultas/ano, sendo: Crítica : abaixo de 1 consulta ano Baixa:1 consultas/ano Média: 2 consultas/ ano Alta: de 3 a 4 consultas/ano Maiores de três anos até 2 consultas/ano, sendo: Crítica : abaixo de 1 consulta ano Média: 1 consulta/ ano Alta: 2 consultas/ano	BRASIL, 2013. Disponível em: https://saude.rs.gov.br/uplod/arquivos/carga20171010/13131007-portaria-793.pdf	O acompanhamento deverá ser realizado pelos profissionais: médico otorrinolaringologista (CBO 2252-75) e fonoaudiólogo audiológico (CBO 2238-20). Os parâmetros encontrados possuem o recorte de crianças até 3 anos e adultos, sendo assim a faixa etária de 4 anos ou mais deverá entrar no parâmetro de adultos com até duas consultas ano

INDICADOR	OBJETIVO	FONTES	MÉTODO DE CÁLCULO	NÍVEL DE DESAGREGAÇÃO	PERIODICIDADE	TIPO DO INDICADOR	PARÂMETRO DE AVALIAÇÃO	REFERÊNCIA UTILIZADA PARA CONSTRUÇÃO DO PARÂMETRO	OBSERVAÇÃO
9. Oferta de procedimentos segundo o tipo de reabilitação por estabelecimento habilitado	Sua mensuração revela o acesso a utilização dos serviços especializados em reabilitação	SIA CNES	Número total de procedimentos de reabilitação específica/ Número de estabelecimentos por tipo de modalidade de reabilitação	REGIÃO DE SAÚDE, MACRORREGIÃO, UNIDADES FEDERATIVAS E BRASIL.	ANUAL	PROCESSO	Procedimentos conforme o material BRASIL (2020) Reabilitação Auditiva: 1.800/ano Reabilitação Física: 2.400/ano Reabilitação Intelectual: 2.400/ano Reabilitação Visual: 1.800/ano	BRASIL, 2020. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf	Na portaria MS 1.631/2015 e instrutivo é descrito como usuários/mês, no entanto ficaria inviável a verificação por paciente no sistema de informação, por este motivo utilizou-se a nomenclatura procedimentos/ano
10. Oferta de órteses e próteses e materiais especiais (OPM) dispensadas para pessoas com deficiência física	Sua mensuração revela o acesso a tecnologias assistivas na RCPD	SIA IBGE (módulo Pessoas com deficiência, da Pnad 2022)	Número total de OPM para deficiência física dispensadas/ Total da população residente com deficiência física (dados Pnad contínua, 2022) X 1.000 Forma de organização: 070101 (OPM auxiliares de locomoção) e 070102 (OPM ortopédicas)	REGIÃO DE SAÚDE, MACRORREGIÃO	ANUAL	PROCESSO	A interpretação deverá ser estabelecida de acordo com o planejamento regional e estadual, levando em consideração a oferta de serviços e se há um crescimento na dispensação de órteses e próteses ao longo do período a ser analisado. Levando em consideração o percentual estimado pelo IBGE (2022) de pessoas com dificuldades para andar ou subir degraus é de : 3,4% e dificuldade para pegar objeto pequenos ou abrir e fechar recipientes é de: 1,4% da população brasileira		Não foi encontrado número mínimo de órteses e próteses que devem ser dispensadas mês e ano nas Oficinas Ortopédicas. Desta forma, a pesquisadora propõe que este número seja estabelecido em CIR e CIB no planejamento da rede de atenção à pessoa com deficiência
11. Oferta de órteses e próteses e materiais especiais (OPM) dispensadas para pessoas com deficiência visual	Sua mensuração revela o acesso a tecnologias assistivas na RCPD	SIA IBGE (módulo Pessoas com deficiência, da Pnad 2022)	Número total de OPM dispensadas OFTALMOLÓGICAS / Total da população residente com deficiência visual (dados Pnad contínua, 2022) X 1.000 Forma de organização: 070104 (OPM oftalmológicas)	REGIÃO DE SAÚDE, MACRORREGIÃO	ANUAL	PROCESSO	A interpretação deverá ser estabelecida de acordo com o planejamento regional e estadual, levando em consideração a oferta de serviços e se há um crescimento na dispensação de órteses e próteses ao longo do período a ser analisado. Levando em consideração o percentual estimado pelo IBGE (2022) de pessoas com dificuldades para enxergar mesmo usando óculos ou lentes é de : 3,1% da população brasileira		Não foi encontrado número mínimo de órteses e próteses que devem ser dispensadas mês e ano nas Oficinas Ortopédicas. Desta forma, a pesquisadora propõe que este número seja estabelecido em CIR e CIB no planejamento da rede de atenção à pessoa com deficiência. Foi retirado da conta do indicador o número de AASI e implante coclear por já haver indicadores específicos para estas modalidades
12. Número de procedimentos por Centro Especializado em Reabilitação (CER) ao ano	Sua mensuração revela a capacidade da RCPD em prestar a assistência de média complexidade na atenção especializada	SIA CNES	Número total de procedimentos realizados por Tipo de CER	REGIÃO DE SAÚDE, MACRORREGIÃO DE SAÚDE, UNIDADES FEDERATIVAS E BRASIL.	ANUAL	PROCESSO	CER II: de 3.600 a 4.800 procedimentos/ano CER III: 6.000 a 6.600 procedimentos/ano CER IV: 8.400 procedimentos/ano	BRASIL, 2020	
13. Cobertura da triagem auditiva neonatal	Sua mensuração revela a cobertura da detecção de casos novos de perda auditiva	SIA SINASC	Número total EOA triagem e PEATE triagem /Número total de nascidos vivos x 100 (02.11.07.014-9 - EMISSÕES OTOACÚSTICAS EVOCADAS PARA TRIAGEM AUDITIVA -TESTE DA ORELHINHA; 02.11.07.027-0 - POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA - TESTE DA ORELHINHA)	REGIÃO DE SAÚDE, MACRORREGIÃO DE SAÚDE, UNIDADES FEDERATIVAS E BRASIL.	ANUAL	RESULTADO	Cobertura de: 95% dos nascidos vivos	BRASIL, 2012. Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_atencao_triagem_auditiva_neonatal.pdf	Foi considerado para construção deste material a realização além da EOA o exame de PEATE, pois a execução do mesmo diminui os índices de falso-positivos

Referências:

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 1.631 de 1 de outubro de 2015. **Aprova critérios e parâmetros para o planejamento e programação de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS.** Brasília, 2015.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria de consolidação nº3 de 28 de setembro de 2017.

Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da saúde. **Rede de cuidados à pessoa com deficiência no âmbito do SUS: instrutivo de reabilitação auditiva, física, intelectual e visual.** Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes de Atenção da Triagem Auditiva Neonatal.** Departamento de Ações Programáticas Estratégicas e Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. Saúde sem Limite. **Instrutivos de Reabilitação auditiva, física, intelectual e visual (CER e serviços habilitados em uma única modalidade).** Brasília, 2013.

Januário GC, Lemos SMA, Friche AAL, Alves CRL. Quality indicators in a newborn hearing screening service. **Braz J Otorhinolaryngol.** 2015;81(3):255-263.

Lessa, F J D, Miranda, G M D. **Fonoaudiologia e Saúde Pública.** In: Britto ATB (Org.). **Livro de Fonoaudiologia.** São Jose dos Campos: Pulso Editorial, 2005.

Fonte: autora

Apêndice C – Formulário enviado aos juízes por meio do Google Forms

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa (Validade dos indicadores baseados nos sistemas de Informação em Saúde para avaliação da Atenção Especializada em Reabilitação), que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Pollyana Ribas de Oliveira, Avenida Presidente Eurico Gaspar Dutra, nº 626, CEP: 54300-022, telefone: (81)99721-6361, e-mail: pollyana.ribas@ufpe.br. e está sob a orientação de: Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima, Telefone: (81) 99914-5968, e-mail: maria.ltlima@ufpe.br.

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com o responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos forem dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

O (a) senhor (a) estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Trata-se de um estudo de validação de uma matriz de indicadores construída pela pesquisadora principal com a finalidade de obter indicadores válidos e que possuam fácil acesso aos dados para a sua aplicação e reprodutibilidade para desencadeamento dos processos avaliativos, considerando as próprias modificações estruturais que vêm ocorrendo na implementação das Redes de Atenção à Saúde.

O objetivo da pesquisa é buscar evidências de validade de indicadores para a avaliação da Atenção Especializada em Reabilitação a partir dos sistemas de informação em saúde. A coleta de dados ocorrerá de forma remota através de um formulário no Google Forms que conterá perguntas acerca dos indicadores elencados na pesquisa, caso necessário os participantes serão convidados a responder novamente o formulário após adequação da matriz de indicadores na primeira rodada entre os juízes. Estima-se que o tempo para responder o questionário será de 30 minutos

RISCOS:

Consideram-se como os riscos de participação desta pesquisa o incomodo ou desconforto em responder formulário em diferentes momentos no tempo.

BENEFÍCIOS diretos/indiretos

Os benefícios foram estimados na possibilidade de contribuir para a construção de um instrumento capaz de avaliar e monitorar a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência a partir de dados disponíveis nos sistemas de informação em saúde, de modo a favorecer sua aplicação na rotina dos serviços.

Esclarecemos que os participantes dessa pesquisa têm plena liberdade de se recusar a participar do estudo e que esta decisão não acarretará penalização por parte dos pesquisadores. Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa questionário online (Google Forms) ficarão armazenados em computador pessoal, sob a responsabilidade do pesquisador principal, no endereço acima informado, pelo período de mínimo 5 anos após o término da pesquisa.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, o (a) senhor (a) poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da UFPE no endereço: **(Avenida da Engenharia s/n – 1º Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br).**

Para baixar este TCLE em formato PDF copie o link abaixo e cole no navegador:

https://drive.google.com/file/d/1I-OUzGPjiQvWZdAXR0Fc_e07ZDhWASvl/view?usp=sharing

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

- ☐ Sim
- ☐ Não

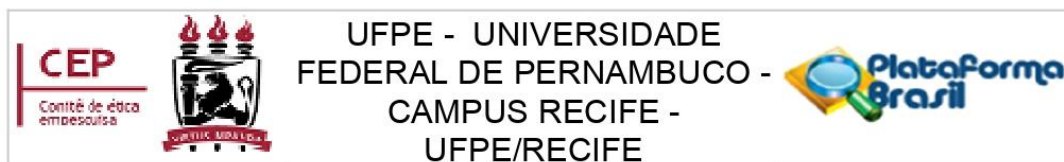
Seção 2

Perfil dos avaliadores

1. Nome? (resposta curta)
2. Idade? (resposta curta)

3. Sexo? (Feminino/ Masculino)
4. E-mail de contato? (resposta curta)
5. Número de telefone? (resposta curta)
6. UF? (resposta curta)
7. Formação acadêmica?
 - a. Graduação
 - b. Especialista
 - c. Mestre
 - d. Doutor
8. Atuação profissional?
 - a. Universidade (pesquisador e/ou professor)
 - b. Secretaria de saúde (municipal, estadual ou federal)
 - c. Serviço na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
9. Principais temas de atuação
 - a. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
 - b. Sistemas de informação em saúde
 - c. Indicadores de saúde
10. Possui experiência em docência?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
11. Caso tenha respondido sim, quantos anos?
 - a. 1 a 5 anos
 - b. 5 a 10 anos
 - c. mais de 10 anos
12. Possui experiência profissional?
 - ☐ Sim
 - ☐ Não
13. Caso tenha respondido sim, quantos anos?
 - a. 1 a 5 anos
 - b. 5 a 10 anos
 - c. mais de 10 anos

Anexo A – Parecer de aprovação CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: um olhar sobre a implantação, a coordenação da atenção e o contexto histórico em Pernambuco

Pesquisador: MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 38329220.0.0000.5208

Instituição Proponente: Universidade Federal de Pernambuco - UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.435.152

Apresentação do Projeto:

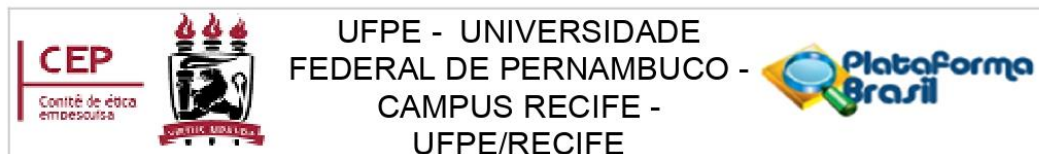
Projeto de pesquisa intitulado "AVALIAÇÃO DA REDE DE CUIDADOS À SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: um olhar sobre a implantação, a coordenação da atenção e o contexto histórico em Pernambuco", sob a responsabilidade da pesquisadora Maria Luiza Lopes Timóteo de Lima, docente do Departamento de Fonoaudiologia e do Mestrado em Saúde da Comunicação Humana do CCS-UFPE. O projeto foi submetido a chamada Pública Facepe 06/2020 Programa Pesquisa para o Sus: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS.

A proposta visa avaliar a rede de atenção a pessoa com deficiência (RAPCD) no estado de Pernambuco. Para isso, será desenvolvido uma investigação multimétodos, estruturada em duas fases:

Fase 1: estudo de avaliabilidade (modelo lógico de funcionamento da rede), estudo metodológico (critérios e indicadores para uma matriz de julgamento) e estudo de caso (implantação da rede em PE). Serão realizados: levantamento e coleta de informações relativas a rede; estruturação do modelo lógico de funcionamento; e validação de conteúdo e semântica dos componentes envolvidos no funcionamento da rede.

Essa fase contará com a participação de 50 especialistas para validação do modelo lógico e indicadores propostos e 70 profissionais de saúde e/ou gestores para avaliação do grau de implantação e situação dos serviços que compõem a rede de atenção.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.435.152

"Para seleção dos 50 especialistas será considerado como critérios de inclusão: ser profissional da área de saúde e/ou assistência social e/ou gestão da saúde e/ou na oferta do cuidado nos distintos componente da rede (fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, médicos, assistente social, psicólogo, etc); apresentar experiência de atuação nas redes de reabilitação e/ou profissionais que atuam na área acadêmica; possuir no mínimo título de especialização. Serão excluídos os profissionais com tempo de atuação profissional, inferior a 05 (cinco) anos.

Para seleção dos 70 profissionais ou gestores informantes quanto a situação dos serviços que compõem a rede, será considerado como critérios de inclusão: ser o profissional que responde administrativamente pelo serviço de saúde há pelo menos um ano. Caso não exista clara definição de quem é a pessoa responsável pelo serviço, será solicitada a instância superior a indicação da pessoa a ser considerada referência. Caso o serviço de saúde seja uma Unidade de Saúde da Família, médicos ou enfermeiros, serão considerados os responsáveis pelo serviço."

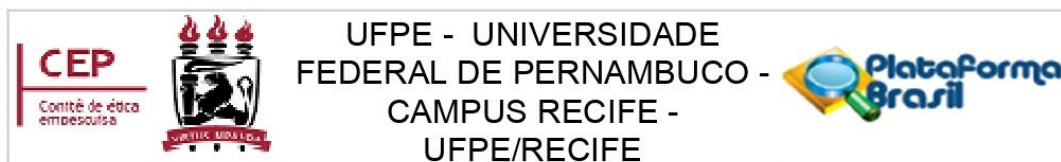
Fase 2: estudo de caso (sobre o histórico e coordenação da rede de atenção). Serão realizadas entrevistas individuais, entrevistas em grupo e grupo focal e análise documental.

Essa fase contará com a participação de 10 pessoas elencadas dentre os representantes das coordenações da política da pessoa com deficiência no estado, nos municípios e técnicos envolvidos na implantação da rede e representante do Conselho de Direitos da Pessoa com Deficiência que serão identificados como informantes-chave e escolhidos a partir da função que exercem ou exerceram pela participação marcante no processo de desenvolvimento da Rede nos aspectos do contexto histórico e da coordenação do cuidado.

"Serão incluídos nessa fase da pesquisa os participantes que preencham os critérios de inclusão: exerçam ou exerceram participação marcante no processo de desenvolvimento da Rede da Pessoa com Deficiência nos aspectos do contexto histórico e da coordenação do cuidado (Coordenador da Política da Pessoa com Deficiência em Pernambuco; Coordenador da Política da Pessoa com Deficiência em Recife; Coordenador do Conselho de Direitos a Pessoa com Deficiência em Pernambuco; Técnicos que atuem na Gerência da Pessoa com Deficiência na secretaria estadual de Saúde de Pernambuco; Membros do Conselho Estadual de Saúde de Pernambuco e Conselho Municipal de Saúde de Recife; representantes de Associações de pessoas com Deficiência, como por exemplo de pessoas surdas e de cegos)."

O orçamento total do projeto foi estimado em R\$ 82.184,00 e será subsidiado pela FACEPE, caso aprovado e, caso a proposta não seja contemplada, a pesquisa será desenvolvida parcialmente

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.435.152

com comunicação ao Comitê de Ética dos ajustes necessários.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Avaliar a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência em Pernambuco na perspectiva da implantação, da coordenação do cuidado e do contexto histórico.

Objetivos Específicos:

1. Compreender a teoria da mudança que sustenta a configuração e o funcionamento da Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiência, o encadeamento causal presumido de como esta intervenção permite alcançar os objetivos e vínculos entre os recursos necessários, os processos e resultados esperados.
2. Desenvolver e validar critérios e indicadores para avaliação da Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência relativos à Teoria da Mudança do ponto de vista do monitoramento para gestão e da avaliação da implantação.
3. Estimar o grau de implantação da Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiência em Pernambuco a partir dos critérios e indicadores de implantação.
4. Resgatar o contexto histórico da Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência a partir de eventos críticos que marcaram a sua trajetória.
5. Compreender o funcionamento da Rede de cuidados à Pessoa com Deficiência quanto às suas controvérsias e potencialidades, e os aspectos facilitadores ou obstáculos envolvidos na implementação e coordenação do cuidado.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios foram delineados pela pesquisadora de maneira geral no projeto e para cada um dos momentos da pesquisa nas versões dos TCLE.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

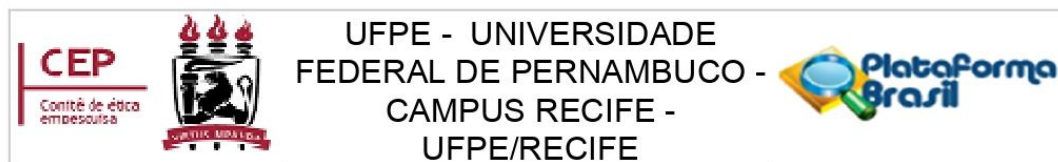
Projeto relevante que pode contribuir para um melhor conhecimento do histórico de construção e situação atual da rede de atenção às pessoas com deficiência no estado de Pernambuco.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos de apresentação obrigatória foram anexados.

1. FOLHA DE ROSTO – anexada.
2. CARTA DE ANUÊNCIA – anexada.

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.435.152

3. TCLE – anexados três modelos, de acordo com as etapas da metodologia..
4. CURRÍCULO LATTES da pesquisadora – anexado.
5. CURRÍCULO LATTES dos demais integrantes da equipe de pesquisa – anexados.
6. PROJETO DETALHADO (conforme as normas da ABNT) – anexado.
7. PDF DE INFORMAÇÕES BÁSICAS DO PROJETO – anexado.
8. TERMO DE COMPROMISSO E CONFIDENCIALIDADE – anexado.
9. DECLARAÇÃO DE VÍNCULO – não se aplica.
10. DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE DADOS – não se aplica.
11. INSTRUMENTO de coleta de dados – anexado no detalhamento metodológico do projeto completo.

Recomendações:

Sem Recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pendências atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

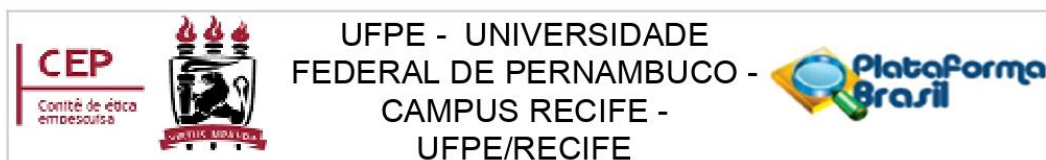
As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via “Notificação”, pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link “Para enviar Relatório Final”, disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.435.152

pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1630991.pdf	01/12/2020 12:03:33		Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP_02.docx	01/12/2020 10:43:57	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_grupofocal_02.docx	01/12/2020 10:42:48	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_B_02.docx	01/12/2020 10:42:17	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_A_02.docx	01/12/2020 10:41:17	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTA_CEP.pdf	22/11/2020 10:02:32	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_RedePessoaDeficiencia_PPSU S.docx	22/11/2020 10:01:35	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_entrevista_grupofocal.docx	22/11/2020 10:00:50	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
Folha de Rosto	Folharosto_carimbo.pdf	22/11/2020 09:58:42	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	Curriculo_MariaGabriellaPacheco.pdf	21/09/2020 21:52:31	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_RedePessoaDeficiencia_CEP.docx	21/09/2020 21:47:28	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
Outros	Cartaanuencia_SES.pdf	21/09/2020 21:42:14	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	termocompromisso.pdf	21/09/2020	MARIA LUIZA	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde

Bairro: Cidade Universitária

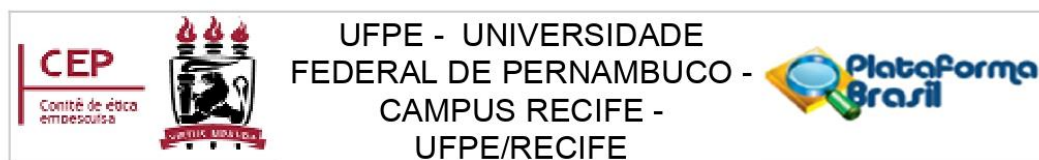
CEP: 50.740-600

UF: PE

Município: RECIFE

Telefone: (81)2126-8588

E-mail: cephumanos.ufpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 4.435.152

Outros	termocompromisso.pdf	10:35:58	TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
Outros	CurriculoVanessa.pdf	21/09/2020 10:34:20	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoRaquel.pdf	21/09/2020 10:33:18	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoRafaelalopes.pdf	21/09/2020 10:32:31	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoMirella.pdf	21/09/2020 10:31:53	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoMariaAparecida.pdf	21/09/2020 10:30:14	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoMarcellaabath.pdf	21/09/2020 10:28:20	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoFabianaSousa.pdf	21/09/2020 10:25:50	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_B.docx	21/09/2020 10:25:08	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_A.docx	21/09/2020 10:24:35	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA	Aceito
Outros	CurriculoEmilaine.pdf	21/09/2020 10:20:31	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoCynthiaNascimento.pdf	21/09/2020 10:19:31	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoCinthiaKalyne.pdf	21/09/2020 10:18:44	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito
Outros	CurriculoMariaLuiza.pdf	21/09/2020 10:16:15	MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 03 de Dezembro de 2020

Assinado por:
LUCIANO TAVARES MONTENEGRO
(Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cephumanos.ufpe@ufpe.br

Anexo B - Instruções para publicação na Revista CoDAS

Instruções aos autores

Escopo e política

CoDAS (on-line ISSN 2317-1782) é uma revista científica e técnica de acesso aberto publicada bimestralmente pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa). É uma continuação da anterior "Revista de Atualização Científica Pró-Fono" - ISSN 0104-5687, até 2010 e "Jornal da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (JSBFa)" - ISSN 2179-6491, até 2012.

A missão da revista CoDAS é contribuir para a divulgação do conhecimento técnico e científico em Ciências e Distúrbios da Comunicação e áreas associadas - especificamente nas áreas de Linguagem, Audiologia, Voz, Motricidade Orofacial, Disfagia e Saúde Pública - produzido no Brasil e no exterior. O nome da revista CoDAS foi criado com base nas áreas principais dos 'Distúrbios de Comunicação, Audiologia e Deglutição' e foi concebido para ser curto e fácil de lembrar. O título abreviado do periódico é CoDAS, que deve ser usado em bibliografias, notas de rodapé, referências e legendas bibliográficas. A revista é uma publicação da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.

CoDAS aceita submissões originais em português, espanhol e inglês. Uma vez aprovados, artigos em português ou em espanhol serão traduzidos e publicados na língua original e em inglês. Traduções estão previstas para serem financiadas pelos autores e devem ser feitas por empresas indicadas pela revista CoDAS ou por empresas com comprovada experiência em traduções científicas de artigos na mesma área da revista. Os artigos poderão ser submetidos diretamente em inglês; neste caso os artigos não serão traduzidos para o português, mas o texto escrito em inglês será avaliado e, se necessário, uma revisão de inglês será requerida de modo a ser financiada pelos autores. As políticas do periódico podem ser lidas integralmente em "Instruções aos Autores".

Tipos de artigos

A revista publica os seguintes tipos de artigos: "Artigos originais", "Artigos de Revisão" (Revisões sistemáticas com ou sem meta-análises, Revisão de Escopo e Revisão Crítica), "Comunicações breves", "Relatos de casos", "Cartas ao editor".

A. Artigo original:

Artigos destinados à divulgação de resultados de pesquisa científica e devem ser originais e inéditos. Sua estrutura deverá conter necessariamente os seguintes itens: resumo e descritores, *abstract*

e *keywords*, introdução, método, resultados, discussão, conclusão, agradecimento e referências.

O **resumo** deve conter informações que incentivem a leitura do artigo e, assim, não conter resultados numéricos ou estatísticos. A **introdução** deve apresentar breve revisão de literatura que aborde os objetos de estudo, além de trazer claramente a justificativa. O **método** deve ser descrito com o detalhamento necessário e incluir as informações relevantes para que o estudo possa ser reproduzido. Os **resultados** devem ser interpretados, a fim de indicar a relevância estatística para os dados encontrados, não ser mera apresentação de tabelas, quadros e figuras. Os dados apresentados no texto não devem ser duplicados nas tabelas, quadros e figuras e/ou vice-versa. Recomenda-se que os dados sejam submetidos à análise estatística inferencial quando pertinente. A **discussão** não deve repetir os resultados nem a introdução, e a conclusão deve responder concisamente aos objetivos propostos, indicando clara e objetivamente qual é a relevância do estudo apresentado e sua contribuição para o avanço da Ciência. Agradecimento, quando pertinente, deve ser adicionado para contemplar o(s) fomento(s) à pesquisa recebido(s), bem como empresas/instituições que colaboraram para o desenvolvimento da pesquisa em questão. Das **referências** citadas (máximo 30), pelo menos **90%** deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos indexados da literatura nacional e estrangeira preferencialmente **nos últimos cinco anos**. Não devem ser incluídas citações de teses ou trabalhos apresentados em congressos científicos. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas, incluindo tabelas, gráficos e imagens. Sugere-se que a escrita científica deste tipo de estudo siga guias de acordo com o tipo de estudo científico, a saber: CONSORT Statement (Consolidated Standards of Reporting Trials) para ensaios clínicos randomizados, STROBE Statement (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology) para estudos observacionais, e STARD (Standards for Reporting Studies of Diagnostic Accuracy) para estudos diagnósticos.

O número de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, bem como a afirmação de que todos os indivíduos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, no caso de pesquisas envolvendo pessoas ou animais (assim como levantamentos de prontuários ou documentos de uma instituição), são obrigatórios e devem ser citados na seção do método. O documento de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido devem ser digitalizados e anexados no sistema, no momento da submissão do artigo, documento restrito aos editores.

B. Artigo de revisão

- **Revisão sistemática com ou sem meta-análises:**

Artigos destinados a responder uma pergunta de pesquisa e analisar criticamente todas as evidências científicas a respeito

dessa questão de pesquisa. Resultam de uma pesquisa metodológica com o objetivo de identificar, coletar e analisar, com estratégia adequada de busca para esse tipo de estudo, as pesquisas que testaram uma mesma hipótese, e reúnem os mesmos dados, dispõem estes dados em gráficos, quadros e/ou tabelas e interpretam as evidências. As revisões sistemáticas de literatura devem descrever detalhadamente o método de levantamento dos dados, justificar a escolha das bases de dados consultadas e indicar a relevância do tema e a contribuição para a Ciência. Os resultados numéricos dos estudos incluídos na revisão podem, em muitas circunstâncias, ser analisados estatisticamente por meio de meta-análise. Os artigos com meta-análise devem respeitar rigorosamente as normas indicadas para essa técnica. Revisões sistemáticas e meta-análises devem seguir a estrutura: resumo e descritores, *abstract keywords*, introdução, objetivos, estratégia de pesquisa, critérios de seleção, análise dos dados, resultados, conclusão e referências. Todos os trabalhos selecionados para a revisão sistemática devem ser listados nas referências. O arquivo não deve conter mais do que 30 páginas. Sugere-se que a escrita científica deste tipo de estudo siga o checklist PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses, de forma a incluir também o fluxograma recomendado.

Para mais informações, acesse o Editorial Convidado: <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20152275>.

- **Revisão de escopo ou revisão crítica:**

O artigo deve apresentar caráter descritivo-discursivo e dedicar-se à discussão crítica de temas de interesse científico, respeitando o escopo da CoDAS. Deve apresentar formulação clara de um objeto científico de interesse, crítica teórico-metodológica dos trabalhos consultados e síntese conclusiva, ou ainda apresentar revisão de consenso ou de escopo. Deve ser elaborada por pesquisadores especialistas de reconhecido saber, a convite dos Editores Chefes ou indicadas por Editores Associados. O artigo deve conter no máximo 30 páginas (incluindo resumos, tabelas, figuras e referências). Número máximo de tabelas e figuras: 5. O número de referências é ilimitado. Resumos com até 150 palavras.

C. Relato de caso ou relato de experiência:

Artigos que apresentem casos ou experiências inéditas, incomuns ou inovadoras, de caso único ou série de casos, com características singulares de interesse para a prática profissional, descrevendo seus aspectos, história, condutas e resultados observados. Devem conter: resumo e descritores, *abstract e keywords*, introdução (com breve revisão da literatura), apresentação do caso clínico ou da experiência relatada, comentários finais e referências (máximo 15). Não devem conter mais do que 20 páginas. A apresentação do caso clínico deverá conter a afirmação de que os indivíduos envolvidos (ou seus responsáveis) assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, consentindo, desta forma, com a realização e

divulgação da pesquisa e seus resultados. No caso de utilização de imagens de pacientes, no momento da submissão do artigo, deve-se anexar (de forma separada no sistema) a cópia do Consentimento Livre e Esclarecido, constando a aprovação para reprodução das imagens em periódicos científicos. Sugere-se que a escrita científica do relato de casos siga o guia The CARE Guidelines: Consensus-based Clinical Case Reporting Guideline Development.

D. Comunicação breve:

Artigos curtos de pesquisa, com o objetivo de apresentar resultados preliminares interessantes e com impacto para a área dos distúrbios da comunicação, audiologia e deglutição, com limite de 2.500 palavras (da introdução à conclusão). Seguem o mesmo formato dos Artigos originais, devendo conter: resumo e descritores, abstract e keywords, introdução, método, resultados, discussão, conclusão e referências. Devem conter no máximo duas tabelas/quadros/figuras e 15 referências, das quais pelo menos 80% deverão ser constituídas de artigos publicados em periódicos da literatura nacional e estrangeira, preferencialmente nos últimos cinco anos.

E. Carta ao editor:

Críticas a matérias publicadas, de maneira construtiva, objetiva e educativa, ou discussões de assuntos específicos da atualidade. As cartas serão publicadas a critério dos Editores. As cartas devem ser breves, com limite de até 1.200 palavras.

F. Editorial

Texto temático de responsabilidade dos editores ou de pesquisadores convidados (até 2.000 palavras).

Outras informações:

A **CoDAS** apoia as políticas para registro de ensaios clínicos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do *International Committee of Medical Journal Editors* (ICMJE), reconhecendo a importância dessas iniciativas para o registro e divulgação internacional de informação sobre estudos clínicos, em acesso aberto. Sendo assim, somente serão aceitos para publicação os artigos de pesquisas clínicas que tenham recebido um número de identificação em um dos Registros de Ensaios Clínicos validados pelos critérios estabelecidos pela OMS e ICMJE, cujos endereços estão disponíveis no [site do ICMJE](http://www.who.int/ictcp/network/primary/en/index.html) ou em <http://www.who.int/ictcp/network/primary/en/index.html>. O número de identificação deverá ser apresentado ao final do resumo.

A revista **CoDAS** está alinhada com a política de boas práticas científicas, e portanto, atenta a casos de suspeita de má conduta científica, seja na elaboração de projetos, execução de pesquisas ou divulgação da ciência. O plágio e o autoplágio são formas de má

conduta científica que envolvem a apropriação de ideias ou contribuição intelectual de outros, sem o devido reconhecimento em forma de citação. Sendo assim, adotamos o sistema *Ithenticate* para identificação de similaridades de texto que possam ser consideradas plágio. Ressalta-se que o conteúdo dos manuscritos é de inteira responsabilidade dos autores.

Preprint

Os autores podem submeter manuscritos ao [SciELO Preprints](#) antes ou em paralelo à submissão à revista CoDAS. O preprint não conta com revisão por pares formalizada no servidor de preprint em acesso aberto, operado pelo Programa SciELO. Nesses casos, o manuscrito é carregado automaticamente se atender aos critérios básicos de seleção ou se for aprovado após avaliação básica pelos editores da área do manuscrito e receberá um DOI atribuído pelo SciELO Preprints. A revista CoDAS também pode submeter o manuscrito já aprovado em processo final de avaliação, edição e/ou publicação. Nesse último caso, o manuscrito é carregado automaticamente e terá o mesmo DOI que o artigo final.

Forma e preparação de manuscritos

As normas que se seguem devem ser obedecidas para todos os tipos de trabalhos e foram baseadas no formato proposto pelo *International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE)* e publicado no artigo "*Uniform requirements for manuscripts submitted to Biomedical journals*", versão de abril de 2010, disponível em: <http://www.icmje.org/>.

Submissão do manuscrito

Serão aceitos para análise somente os artigos submetidos pelo Sistema de Editoração *Online*, disponível em <http://mc04.manuscriptcentral.com/codas-scielo>.

O processo de avaliação dos manuscritos submetidos à **CoDAS** é composto por 3 etapas:

1. Avaliação técnica:

Todos os artigos submetidos são checados quanto aos requisitos descritos nas normas de submissão. Aqueles que não estejam de acordo ou não apresentem todos os documentos solicitados são devolvidos aos autores com as indicações para adequação. Artigos de acordo com as normas e acompanhados de todos os documentos necessários passam para a próxima etapa.

2. Avaliação de escopo e interesse:

Os artigos que passam na avaliação técnica são encaminhados para os Editores chefes, juntamente com o relatório de similaridade

(via *iThenticate*). Neste momento, serão avaliados quanto à similaridade, validade científica, conformidade temático-metodológica (dentro da política editorial da CoDAS) e prioridades de publicação no momento da submissão. Neste caso, o manuscrito pode ter como decisão editorial a "**Rejeição imediata**". Artigos com potencial de publicação seguem para avaliação por pares.

3. Avaliação por pares:

Os artigos recebidos são avaliados dentro da política de peer review, envolvendo, no mínimo, a participação de dois pareceristas da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e internacionais, de comprovada produção científica. A CoDAS adota uma revisão por pares duplo cega, os revisores não têm acesso à identificação dos autores e vice-versa. Artigos podem receber parecer de "**Aprovado**", "**pequenas modificações**", "**grandes modificações**", "**Rejeitado**". Os pareceres de recusa ou de aceite com modificações sempre são acompanhados da avaliação dos revisores. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis. Na ocorrência de pareceres conflitantes, um dos Editores Associados da área pode ser consultado.

Os trabalhos em análise editorial não poderão ser submetidos a outras publicações, nacionais ou internacionais, até que sejam efetivamente publicados ou rejeitados pelo corpo editorial. Somente um editor-chefe poderá autorizar a reprodução dos artigos publicados na **CoDAS** em outro periódico.

Em casos de dúvidas, os autores devem entrar em contato com a secretaria executiva pelo e-mail codas@editoracubo.com.br.

Documentos necessários para submissão

- **Requisitos técnicos**

Devem ser incluídos, obrigatoriamente, os seguintes documentos:

a) carta assinada por todos os autores, contendo permissão para reprodução do material e transferência de direitos autorais, além de pequeno esclarecimento sobre a contribuição de cada autor. O documento deve estar digitalizado. No sistema, tipifique como "*Supplemental File NOT for Review*" (modelo disponível [aqui](#));

b) aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição onde foi realizado o trabalho, quando referente a pesquisas em seres humanos ou animais. O documento deve estar digitalizado. No sistema, tipifique como "*Supplemental File NOT for Review*";

c) cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado pelo(s) sujeito(s) (ou seus responsáveis), autorizando o uso de

imagem, quando for o caso. O documento deve estar digitalizado. No sistema, tipifique como “*Supplemental File NOT for Review*”;

d) declaração de conflitos de interesse, quando pertinente. O documento deve estar digitalizado. No sistema, tipifique como “*Supplemental File NOT for Review*”;

e) página de identificação do manuscrito. Todos os dados de autoria devem estar na Página de identificação ([clique aqui](#) para fazer o download do modelo). O manuscrito não deve conter dados de autoria. No sistema, tipifique como “*Title Page*”;

f) tabelas, quadros, figuras, gráficos, fotografias e ilustrações devem estar citados no texto e apresentados no manuscrito, após as referências. Devem ser apresentados também em anexo, no sistema de submissão. Tabelas e quadros devem ser apresentados em formato DOC ou DOCX. Figuras, gráficos, ilustrações e fotografias devem ser apresentadas no mínimo em 300 dpi, com boa resolução e nitidez. No sistema, tipifique como “*Table*”, “*Figure*” ou “*Image*”;

g) manuscrito (veja abaixo como preparar este documento). No sistema, tipifique como “*Main Document*”;

h) com relação à submissão do Manuscrito revisado após sugestão dos revisores, os autores devem redigir uma “Carta de resposta aos revisores” com a finalidade de responder possíveis questionamentos e justificar quando for pertinente. No texto da versão revisada, sinalizar as mudanças pontuais realçadas com a cor amarela, ao longo do texto. A “Carta de resposta aos revisores” deve ser inserida no sistema de submissão de artigos no item “*Supplemental File for Review*”, juntamente com a submissão da nova versão do manuscrito.

Preparo do manuscrito

O texto deve ser formatado em Microsoft Word, RTF ou WordPerfect, em papel tamanho ISO A4 (212x297mm), digitado em espaço duplo, fonte Arial tamanho 12, margem de 2,5cm de cada lado, justificado, com páginas numeradas em algarismos arábicos; cada seção deve ser iniciada em uma nova página, na seguinte sequência: título do artigo, em português (ou espanhol) e inglês, resumo e descritores, *abstract* e *keywords*, texto (de acordo com os itens necessários para a seção para a qual o artigo foi enviado), referências, tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) citados no texto e anexos, ou apêndices, com suas respectivas legendas.

Consulte a seção “[Tipos de artigos](#)” destas Instruções para preparar seu artigo de acordo com o tipo e as extensões indicadas.

Tabelas, quadros, figuras, gráficos, fotografias e ilustrações devem estar citados no texto e apresentados no manuscrito, após as referências, e ser apresentados também em anexo no sistema de submissão, tal como indicado acima. À parte do manuscrito, em uma folha separada, apresente a página de identificação, tal como indicado anteriormente. O

manuscrito não deve conter dados de autoria – estes dados devem ser apresentados somente na Página de Identificação.

Título, Resumo e descritores

O manuscrito deve ser iniciado pelo título do artigo, em português (ou espanhol) e inglês, seguido do resumo, em português (ou espanhol) e Inglês, de não mais que 250 palavras. Deverá ser estruturado de acordo com o tipo de artigo, contendo resumidamente as principais partes do trabalho, e ressaltando os dados mais significativos.

Assim, para Artigos originais, a estrutura deve ser, em português: objetivo, método, resultados, conclusão; em inglês: *purpose, methods, results, conclusion*. Para Revisões sistemáticas ou meta-análises, a estrutura do resumo deve ser, em português: objetivo, estratégia de pesquisa, critérios de seleção, análise dos dados, resultados, conclusão; em inglês: *purpose, research strategies, selection criteria, data analysis, results, conclusion*. Para Relatos de casos, o resumo não deve ser estruturado. Abaixo do resumo, especificar no mínimo cinco e no máximo dez descritores/keywords que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser baseados no DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme, disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>.

Texto

Deverá obedecer a estrutura exigida para cada tipo de trabalho. A citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, sem data e preferencialmente sem referência ao nome dos autores, como no exemplo:

“... Qualquer desordem da fala associada tanto a uma lesão do sistema nervoso quanto a uma disfunção dos processos sensorio-motores subjacentes à fala, pode ser classificada como uma desordem motora(11-13) ...”

Palavras ou expressões em inglês que não possuam tradução oficial para o português devem ser escritas em itálico. Os numerais até dez devem ser escritos por extenso. No texto, deve estar indicado o local de inserção das tabelas, quadros, figuras e anexos, da mesma forma que estes estiverem numerados, sequencialmente. Todas as tabelas e quadros devem ser em preto e branco; as figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) podem ser coloridas. Tabelas, quadros e figuras devem ser dispostos ao final do artigo, após as referências, e ser apresentados também em anexo no sistema de submissão, tal como indicado acima.

Referências

Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto, e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado “Vancouver Style”, conforme exemplos abaixo, e os títulos de *Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <ftp://ftp.nlm.nih.gov/online/journals/archive/ljiweb.pdf>

Para todas as referências, citar todos os autores até seis. Acima de seis, citar os seis primeiros, seguidos da expressão et al.

Recomendações gerais:

- Utilizar preferencialmente referências publicadas em revistas indexadas nos últimos cinco anos.
- Sempre que disponível devem ser utilizados os títulos dos artigos em sua versão em inglês.
- Sempre que possível incluir o DOI dos documentos citados.
- Devem ser evitadas as referências de teses, dissertações ou trabalhos apresentados em congressos científicos.

ARTIGOS DE PERIÓDICOS

Shriberg LD, Flipsen PJ Jr, Thielke H, Kwiatkowski J, Kertoy MK, Katcher ML et al. Risk for speech disorder associated with early recurrent otitis media with effusions: two retrospective studies. *J Speech Lang Hear Res.* 2000;43(1):79-99.

Wertzner HF, Rosal CAR, Pagan LO. Ocorrência de otite média e infecções de vias aéreas superiores em crianças com distúrbio fonológico. *Rev Soc Bras Fonoaudiol.* 2002;7(1):32-9.

LIVROS

Northern J, Downs M. *Hearing in children.* 3rd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1983.

CAPÍTULOS DE LIVROS

Rees N. An overview of pragmatics, or what is in the box? In: Irwin J. *Pragmatics: the role in language development.* La Verne: Fox; 1982. p. 1-13.

CAPÍTULOS DE LIVROS (mesma autoria)

Russo IC. *Intervenção fonoaudiológica na terceira idade.* Rio de Janeiro: Revinter; 1999. Distúrbios da audição: a presbiacusia; p. 51-82.

DOCUMENTOS ELETRÔNICOS

ASHA: American Speech and Hearing Association [Internet]. Rockville: American Speech-Language-Hearing Association; c1997-2008. Otitis media, hearing and language development. [cited 2003 Aug 29]; [about 3 screens]

Tabelas

Apresentar as tabelas separadamente do texto, cada uma em uma página, ao final do documento e apresentá-las também em anexo, no sistema de submissão. As tabelas devem ser digitadas com espaço duplo e fonte Arial 8, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto. Todas as tabelas deverão ter título reduzido, autoexplicativo, inserido acima da tabela. Todas as colunas da tabela devem ser identificadas com um cabeçalho. No rodapé da tabela, deve constar legenda para abreviaturas e testes estatísticos utilizados.

O número de tabelas deve ser apenas o suficiente para a descrição dos dados de maneira concisa. As tabelas não devem repetir informações apresentadas no corpo do texto e, quanto à forma de apresentação, devem ter traçados horizontais separando o cabeçalho, o corpo e a conclusão da tabela. Devem ser abertas lateralmente. Serão aceitas, no máximo, cinco tabelas.

Quadros

Devem seguir a mesma orientação da estrutura das tabelas, diferenciando apenas na forma de apresentação, que podem ter traçado vertical e devem ser fechados lateralmente. Serão aceitos no máximo dois quadros. Apresentar os quadros separadamente do texto, cada um em uma página, ao final do documento e apresenta-los também em anexo, no sistema de submissão.

Figuras (gráficos, fotografias e ilustrações)

As figuras deverão ser encaminhadas separadamente do texto, ao final do documento, numeradas sequencialmente, em algarismos arábicos, conforme a ordem de aparecimento no texto. Todas as figuras devem ser apresentadas também em anexo, no sistema de submissão. Todas as figuras deverão ter qualidade gráfica adequada (podem ser coloridas, em preto e em branco ou escala de cinza, sempre com fundo branco) e apresentar título em legenda, digitado em fonte Arial 8. Para evitar problemas que comprometam o padrão de publicação da CoDAS, o processo de digitalização de imagens ("scan") deverá obedecer aos seguintes parâmetros: para gráficos ou esquemas, usar 800 dpi/*bitmap* para traço; para ilustrações e fotos, usar 300 dpi/RGB ou *grayscale*.

Em todos os casos, os arquivos deverão ter extensão .tif e/ou .jpg. Também serão aceitos arquivos com extensão .xls (Excel), .eps, .wmf para ilustrações em curva (gráficos, desenhos, esquemas). Se as figuras já tiverem sido publicadas em outro local, deverão vir acompanhadas de autorização por escrito do autor/editor e constando a fonte na legenda da ilustração. Serão aceitas, no máximo, cinco figuras.

Legendas

Apresentar as legendas usando espaço duplo, acompanhando as respectivas tabelas, quadros, figuras (gráficos, fotografias e ilustrações) e anexos.

Abreviaturas e siglas

Devem ser precedidas do nome completo quando citadas pela primeira vez no texto. As abreviaturas e siglas usadas em tabelas, quadros, figuras e anexos devem constar na legenda com seu nome por extenso. Não devem ser usadas no título dos artigos e nem no resumo.

ORCID

Todos os autores devem ter o número de registro no ORCID ([Open Researcher and Contributor ID](#)) associado aos seus respectivos cadastros no sistema ScholarOne.

Escopo e política

Todo o conteúdo do periódico, exceto onde está identificado, está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](#) do tipo atribuição BY.

A revista CoDAS é on-line e está disponível em acesso aberto e gratuito.

Taxa de Processamento de Artigos, após a APROVAÇÃO para publicação

No momento em que o artigo é aprovado, será cobrada uma taxa de processamento de artigos (Article Processing Charges - APC).

CrITÉRIOS de isenção da taxa: é necessário que pelo menos dois autores sejam sócios ativos da SBFa, sendo, pelo menos, um deles na categoria “profissional sócio”.

- Autores Brasileiros
 - Associados à Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia (SBFa): isentos, vide maiores informações acima.
 - Artigos originais e de Revisão: R\$ 800
 - Notas (outros tipos de artigo): R\$ 500
- Autores internacionais
 - Artigos originais e Revisão: USD 150
 - Notas (outros tipos de artigo): USD 100

O pagamento da taxa de publicação somente acontecerá depois que os autores receberem a carta de aceite, em link privado.

Anexo C - Instruções para publicação na Revista Ciência e Saúde Coletiva

INSTRUÇÕES PARA COLABORADORES

Ciência & Saúde Coletiva publica debates, análises e resultados de investigações sobre um tema específico considerado relevante para a saúde coletiva; e artigos de discussão e análise do estado da arte da área e das subáreas, mesmo que não versem sobre o assunto do tema central. A revista, de periodicidade mensal, tem como propósitos enfrentar os desafios, buscar a consolidação e promover uma permanente atualização das tendências de pensamento e das práticas na saúde coletiva, em diálogo com a agenda contemporânea da Ciência & Tecnologia.

Política de Acesso Aberto - Ciência & Saúde Coletiva é publicada sob o modelo de acesso aberto e é, portanto, livre para qualquer pessoa a ler e download, e para copiar e divulgar para fins educacionais.

A Revista Ciência & Saúde Coletiva aceita artigos em *preprints* de bases de dados nacionais e internacionais reconhecidas academicamente.

No momento em que você apresenta seu artigo, é importante estar atento ao que constitui um *preprint* e como você pode proceder para se integrar nesta primeira etapa da Ciência Aberta. O *preprint* disponibiliza artigos e outras comunicações científicas de forma imediata ou paralela à sua avaliação e validação pelos periódicos. Desta forma, acelera a comunicação dos resultados de pesquisas, garante autoria intelectual, e permite que o autor receba comentários que contribuam para melhorar seu trabalho, antes de submetê-lo a algum periódico. Embora o artigo possa ficar apenas no repositório de *preprints* (caso o autor não queira mandá-lo para um periódico), as revistas continuam exercendo as funções fundamentais de validação, preservação e disseminação das pesquisas. Portanto:

- (1) Você pode submeter agora seu artigo ao servidor *SciELO preprints* (<https://preprints.scielo.org>) ou a outro servidor confiável. Nesse caso, ele será avaliado por uma equipe de especialistas desses servidores, para verificar se o manuscrito obedece a critérios básicos quanto à estrutura do texto e tipos de documentos. Se aprovado, ele receberá um *doi* que garante sua divulgação internacional imediata.
- (2) Concomitantemente, caso você queira, pode submetê-lo à Revista Ciência & Saúde Coletiva. Os dois processos são compatíveis.
- (3) Você pode optar por apresentar o artigo apenas à Revista Ciência & Saúde Coletiva. A submissão a repositório *preprint* não é obrigatória.

A partir de 20 de janeiro de 2021, será cobrada uma **taxa de submissão** de **R\$ 100,00** (cem reais) **para artigos nacionais** e **US\$ 25,00** (vinte e cinco dólares) **para artigos internacionais**. O valor não será devolvido em caso de recusa do material.

Para pagamento da taxa de submissão, acesse o site da Revista (<https://cienciaesaudecoletiva.com.br/>). Este apoio dos autores é indispensável para financiar o custeio da Revista, viabilizando a publicação com acesso universal dos leitores. **Não é cobrada taxa de publicação.** Caso o artigo vá para avaliação e receba o parecer Minor Revision (Pequena revisão) ou Major Revision (Grande Revisão) não é necessário pagar a taxa novamente quando enviar a revisão com as correções solicitadas. Somente os artigos de chamada pública com recursos próprios estão isentos de pagamento de taxa de submissão.

Recomendações para a submissão de artigos

Notas sobre a Política Editorial

A Revista Ciência & Saúde Coletiva reafirma sua missão de **veicular artigos originais, que tragam novidade e proporcionem avanço no conhecimento da área de saúde coletiva.** Qualquer texto que caiba nesse escopo é e será sempre bem-vindo, dentro dos critérios descritos a seguir:

- (1) O artigo não deve tratar apenas de questões de interesse local ou situar-se somente no plano descritivo.
- (2) Na sua introdução, o autor precisa deixar claro o caráter inédito da contribuição que seu artigo traz. Também é altamente recomendado que, na carta ao editor, o autor explicita, de forma detalhada, porque seu artigo constitui uma novidade e em que ele contribui para o avanço do conhecimento.
- (3) As discussões dos dados devem apresentar uma análise que, ao mesmo tempo, valorize especificidade dos achados de pesquisa ou da revisão, e coloque esses achados em diálogo com a literatura nacional e internacional.
- (4) O artigo qualitativo precisa apresentar, de forma explícita, análises e interpretações ancoradas em alguma teoria ou reflexão teórica que promova diálogo das Ciências Sociais e Humanas com a Saúde Coletiva. Exige-se também que o texto valorize o conhecimento nacional e internacional.
- (5) Quanto aos artigos de cunho quantitativo, a revista prioriza os de base populacional e provenientes de amostragem aleatória. Não se encaixam na linha editorial: os que apresentam amostras de conveniência, pequenas ou apenas descritivas; ou análises sem fundamento teórico e discussões e interpretações superficiais.
- (6) As revisões não devem apenas sumarizar o atual estado da arte, mas precisam interpretar as evidências disponíveis e produzir uma síntese que contribua para o avanço do conhecimento. Assim, a nossa orientação é publicar somente revisões de alta relevância, abrangência, originalidade e consistência teórica e metodológica, que de fato tragam novos conhecimentos ao campo da Saúde Coletiva.

Nota importante - Dado o exponencial aumento da demanda à Revista, todos os artigos passam por uma triagem inicial, realizada pelos editores-chefes. Sua decisão sobre o aceite ou não é baseada nas prioridades citadas e no mérito do manuscrito quanto à originalidade, pertinência da análise estatística ou qualitativa, adequação dos métodos e riqueza interpretativa da discussão. Levando em conta tais critérios, apenas uma pequena proporção dos originais, atualmente, é encaminhada para revisores e recebe parecer detalhado.

A revista C&SC adota as “Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas”, Vancouver, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na World Wide Web, como por exemplo, www.icmje.org ou www.apmcg.pt/document/71479/450062.pdf. **Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta. Consulte os exemplos no final das Normas.**

Seções da publicação

Editorial: de responsabilidade dos editores chefes ou dos editores convidados, deve ter no máximo 4.000 caracteres com espaço.

Artigos Temáticos: devem trazer resultados de pesquisas de natureza empírica, experimental, conceitual e de revisões sobre o assunto em pauta. Os textos de pesquisa não deverão ultrapassar os 40.000 caracteres. Os artigos temáticos são selecionados da seguinte forma: por chamada pública, convite ou por coletânea de artigos já aprovados.

Artigos de Temas Livres: devem ser de interesse para a saúde coletiva por livre apresentação dos autores através da página da revista em fluxo contínuo. Devem ter as mesmas características dos artigos temáticos: máximo de 40.000 caracteres com espaço, resultarem de pesquisa e apresentarem análises e avaliações de tendências teórico-metodológicas e conceituais da área.

Artigos de Revisão: devem ser textos baseados exclusivamente em fontes secundárias, submetidas a métodos de análises já teoricamente consagrados, podendo alcançar até o máximo de 45.000 caracteres com espaço.

Opinião: texto que expresse posição qualificada de um ou vários autores ou entrevistas realizadas com especialistas no assunto em debate na revista; deve ter, no máximo, 20.000 caracteres com espaço.

Resenhas: análise crítica de livros relacionados ao campo temático da saúde coletiva, publicados nos últimos dois anos, cujo texto não deve ultrapassar 10.000 caracteres com espaço. O autor deve atribuir um título para a resenha no campo título resumido (*running head*) quando fizer a submissão. Os autores da resenha devem incluir no início do texto a referência completa do livro. As referências citadas ao longo do texto

devem seguir as mesmas regras dos artigos. No momento da submissão da resenha os autores devem inserir em anexo no sistema uma reprodução, em alta definição da capa do livro em formato jpeg. Não é necessário resumo e abstract.

Cartas: com apreciações e sugestões a respeito do que é publicado em números anteriores da revista (máximo de 4.000 caracteres com espaço). Não é necessário resumo e abstract.

Observação: Em artigos temáticos, temas livres, revisão e opinião, o limite máximo de caracteres leva em conta os espaços e inclui da palavra introdução e vai até a última referência bibliográfica.

O resumo/abstract com no máximo 14000 caracteres com espaço cada (incluindo a palavra-resumo/abstract até a última palavra-chave/keyword). O total de ilustrações (figuras/ tabelas e quadros) são até cinco por artigo e são contabilizados à parte.

Apresentação de manuscritos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. **Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.**
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word (de preferência na extensão .docx) e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico (<http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>) segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo a palavra resumo até a última palavra-chave), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do

estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave/keywords. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e dos descritores, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo.

As palavras-chave na língua original e em inglês devem constar obrigatoriamente no DeCS/MeSH.

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/> e <http://decs.bvs.br/>).

10. Passa a ser obrigatória a inclusão do ID ORCID no momento da submissão do artigo. Para criar um ID ORCID acesse: <http://orcid.org/content/initiative10>. Na submissão dos artigos na plataforma da Revista, é obrigatório que apenas um autor tenha o registro no ORCID (Open Researcher and Contributor ID), mas quando o artigo for aprovado e para ser publicado no SciELO, todos os autores deverão ter o registro no ORCID. Portanto, aos autores que não o têm ainda, é recomendado que façam o registro. Para se registrar no ORCID, entre no site (<https://orcid.org/>) e para inserir o ORCID no ScholarOne, acesse o site (<https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>), e atualize o seu cadastro.

Autoria

1. As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
2. O limite de autores por artigo é de oito autores, se exceder esse limite, os demais terão seus nomes incluídos nos agradecimentos. Há artigos com mais autores em se tratando de grupos de pesquisa ou em casos excepcionais com autorização dos editores.
3. Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

1. Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
2. A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e Escalas

1. O material ilustrativo da revista C&SC compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons

de cinza.

2. O número de material ilustrativo deve ser de, **no máximo, cinco por artigo (com limite de até duas laudas cada)**, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.

3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.

4. Tabelas e quadros devem ser confeccionados no programa Word ou Excel e enviados com título e fonte. OBS: No link do IBGE (<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>) estão as orientações para confeccionar as tabelas. Devem estar configurados em linhas e colunas, sem espaços extras, e sem recursos de “quebra de página”. Cada dado deve ser inserido em uma célula separada. Importante: tabelas e quadros devem apresentar informações sucintas. As tabelas e quadros podem ter no máximo 15 cm de largura X 18 cm de altura e não devem ultrapassar duas páginas (no formato A4, com espaço simples e letra em tamanho 9).

5. Gráficos e figuras podem ser confeccionados no programa Excel, Word ou PPT. O autor deve enviar o arquivo no programa original, separado do texto, em formato editável (que permite o recurso “copiar e colar”) e também em pdf ou jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos. Gráficos gerados em programas de imagem devem ser enviados em jpeg, TONS DE CINZA ou coloridos, resolução mínima de 200 dpi e tamanho máximo de 20cm de altura x 15 cm de largura. As ilustrações coloridas só serão publicadas na versão online. Quando houver impressão da Revista, as ilustrações serão todas em TONS DE CINZA sem exceção. É importante que a imagem original esteja com boa qualidade, pois não adianta aumentar a resolução se o original estiver comprometido. Gráficos e figuras também devem ser enviados com título e fonte. As figuras e gráficos têm que estar no máximo em uma página (no formato A4, com 15 cm de largura x 20cm de altura, letra no tamanho 9).

6. Arquivos de figuras como mapas ou fotos devem ser salvos no (ou exportados para o) formato JPEG, TIF ou PDF. Em qualquer dos casos, deve-se gerar e salvar o material na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho possíveis (dentro do limite de 21cm de altura x 15 cm de largura). Se houver texto no interior da figura, deve ser formatado em fonte Times New Roman, corpo 9. Fonte e legenda devem ser enviadas também em formato editável que permita o recurso “copiar/colar”. Esse tipo de figura também deve ser enviado com título e fonte.

7. Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

1. Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.

2. Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.

3. O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Financiamento

RC&SC atende Portaria Nº 206 do ano de 2018 do Ministério da Educação/Fundação Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior/Gabinete sobre obrigatoriedade de citação da CAPES para os trabalhos produzidos ou publicados, em qualquer mídia, que decorram de atividades financiadas, integral ou parcialmente, pela CAPES. Esses trabalhos científicos devem identificar a fonte de financiamento através da utilização do código 001 para todos os financiamentos recebidos.

Referências

1. As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
2. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
ex. 1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” ¹¹ (p.38). ex. 2:
“Como alerta Maria Adélia de Souza ⁴, a cidade...”
As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
3. As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* (http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html).
4. Os nomes das revistas **devem** ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals>)
5. O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

Artigos em periódicos

1. Artigo padrão (**incluir todos os autores sem utilizar a expressão *et al.***)
Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275- 286.
Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira- Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.
2. Instituição como autor
The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284.

3. Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [editorial]. *S Afr Med J* 1994; 84(2):15.

4. Número com suplemento

Duarte MFS. Maturação física: uma revisão de literatura, com especial atenção à criança brasileira. *Cad Saude Publica* 1993; 9(Supl.1):71-84.

5. Indicação do tipo de texto, se necessário

Enzensberger W, Fischer PA. Metronome in Parkinson's disease [carta]. *Lancet* 1996; 347(9011):1337.

Livros e outras monografias

6. Indivíduo como autor

Cecchetto FR. *Violência, cultura e poder*. Rio de Janeiro: FGV; 2004.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

7. Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*.

Petrópolis: Vozes; 2004.

8. Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

9. Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

10. Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

11. Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

12. Dissertação e tese

Carvalho GCM. *O financiamento público federal do Sistema Único de Saúde 1988-2001* [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública; 2002.

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

Outros trabalhos publicados

13. Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

14. Material audiovisual

HIV+/AIDS: the facts and the future [videocassette]. St. Louis (MO): Mosby-Year Book; 1995.

15. Documentos legais

Brasil. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 1990; 19 set.

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N.

Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

Material eletrônico

16. Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet]. 1995 jan-mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 mar-abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

17. Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

18. Programa de computador

Hemodynamics III: the ups and downs of hemodynamics [computer program]. Version 2.2. Orlando (FL): Computerized Educational Systems; 1993.

Os artigos serão avaliados através da Revisão de pares por no mínimo três consultores da área de conhecimento da pesquisa, de instituições de ensino e/ou pesquisa nacionais e estrangeiras, de comprovada produção científica. Após as devidas correções e possíveis sugestões, o artigo será aceito se tiver dois pareceres favoráveis e rejeitado quando dois pareceres forem desfavoráveis.

Anexo D- Certificado de apresentação de trabalho no XXIX Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia



**Anexo E- Certificado de participação como autora do trabalho apresentado no
XXX Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia**



CERTIFICADO

Conferido pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Pela apresentação do trabalho intitulado **CENTROS DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL (CAPS): COMPOSIÇÃO DAS EQUIPES MULTIDISCIPLINARES EM PERNAMBUCO**, do(s) autor(es) **MONESKA MARA DE PÁDUA TOSCANO BARRETO**, **POLLYANA RIBAS DE OLIVEIRA**, **MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA**, **MIRELLA RODRIGUES BEZERRA VILELA**, **MARIA APARECIDA EUGÊNIO**, **ALLANA NAYARA SOARES DA SILVA**, **RAFAELA LOPES DE SOUZA D' TONY**, na modalidade pôster, na área Saúde Coletiva (SC), realizado durante o **30º CONGRESSO BRASILEIRO DE FONOAUDIOLOGIA**, de 19 a 22 de outubro de 2022, no Centro de Convenções Poeta Ronaldo Cunha Lima, em João Pessoa – PB.

João Pessoa, 22 de outubro de 2022.


Dr. Leonardo Lopes
Presidente da SBFa


Dra. Ingrid Gielow
Vice-Presidente da SBFa


Dra. Giedre Berretin-Felix
Diretora Científica SBFa


Dr. Giorvan Anderson Alves
Diretor Científico SBFa

**REALIZAÇÃO**
SBFa
Sociedade Brasileira
de Fonoaudiologia

Anexo F- Aprovação de trabalho no XXXI Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia

CERTIFICADO



31º CBFa
Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia O
12º Congresso Internacional de Fonoaudiologia

Conferido pela Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia

Pela apresentação do trabalho intitulado **INDICADORES BASEADOS NOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE PARA AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM REABILITAÇÃO: UMA REVISÃO DE ESCOPO**, do(s) autor(es) POLLYANA RIBAS DE OLIVEIRA, MIRELLA BEZERRA RODRIGUES VILELA, EDLA EDNA DA SILVA, MARIA LUIZA LOPES TIMÓTEO DE LIMA, na modalidade pôster, na área Saúde Coletiva (SC), realizado durante o **31º Congresso Brasileiro de Fonoaudiologia** e no **12º Congresso Internacional de Fonoaudiologia**, de 03 a 06 de outubro de 2023, no Hotel Windsor Oceanico - Barra da Tijuca - Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro - RJ, Outubro de 2023.


 Dr. Leonardo
Wanderley Lopes
Presidente da SBFa


 Dra. Ana Paula
Lefèvre Machado
Vice-Presidente da SBFa


 Dr. Giorvan
Anderson Alves
1º Diretor Científico da SBFa


 Dr. Teodoro de
Araújo Pernambuco
2º Diretor Científico
da SBFa



ANEXO G- Participação no II Encontro em Saúde da Comunicação Humana da UFPE- Diálogos na Atenção Básica à Saúde como coordenadora de mesa



ANEXO H- Participação como autora do livro Saúde da comunicação humana na atenção básica à saúde

CAPÍTULO I

ORIENTAÇÕES SOBRE O DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM INFANTIL PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM NA PRIMEIRA INFÂNCIA
NO CONTEXTO PÓS PANDEMIA DA COVID-19

Jéssica Katarina Olímpia de Melo

Angélica Galindo Carneiro Rosal

Pollyana Ribas de Oliveira

Tácia Soares dos Santos

Bianca Arruda Manchester de Queiroga

SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

CAPÍTULO IV

COMO FUNCIONA O SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO

Franciele Gomes Alves de Melo

Julianne Pitanga Teixeira

Michela Patrícia dos Santos

Midiane Gomes da Silva

Natália de Castro e Silva Martins

Nilian Cerqueira de Azevedo

Pollyana Ribas de Oliveira

Tuany Lourenço dos Santos Carcavilla

Wiliane de Souza Martins

Daniele Andrade da Cunha

Hilton Justino da Silva

SAÚDE DA COMUNICAÇÃO HUMANA NA ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE